Rok XLIV. Kraków 1 Kwietnia 1905. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni doświadczalnej kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Kolargol, jako środek przeciwko ostremu posoczniczemu zapaleniu otrzewnej.

Praca doświadczalna.

Podał
Feliks Majewski,
asystent kliniki.

Badając wpływ surowic swoistych, bądź jako środków uodporniających przeciwko chorobom chirurgicznym zakaźnym, bądź jako przetworów, leczących te sprawy chorobowe, zwróciłem uwagę również i na środki nie swoiste[1]). Przekonałem się na równi z całym szeregiem innych autorów, że niektóre z nich posiadają własność uodporniającą ustrój ludzki przeciwko różnorodnym zakażeniom.

Wykazałem mianowicie jeszcze w roku 1902, że zwykły wyjałowiony bulion pożywkowy posiada własność uodporniania królika przeciwko zakażeniom paciorkowcami drogą wstrzykiwań do otrzewnej.

Po szczegóły odsyłam do tej pracy [2]).

Z pomiędzy szeregu środków farmakologicznych, działających rzekomo uodporniająco, zapobiegawczo i leczniczo, najwięcej jest znanem lecznicze stosowanie kolargolu (collargol), wprowadzonego do terapii chirurgicznej przez Credégo. Nieulega wątpliwości najmniejszej, że środek farmakologiczny, leczący zakażenia chirurgiczne, posiadałby znacznie więcej stron dodatnich, niż surowica, a to ze względu, że byłby stalszy, łatwiej dostępny, prawdopodobnie tańszy i nie ulegający zepsuciu tak łatwemu, jak surowica, która powinna być używaną w możliwie świeżym stanie, t. j. że przechowywać długo jej nie można.

Kolargol stosuje się w maści do wcierania, albo w wodnym roztworze do wstrzykiwań śródżylnych. Ten ostatni zwłaszcza sposób zjednał sobie licznych zwolenników.

Postanowiłem przekonać się, jakie jest działanie kolargolu w ostrem zapaleniu otrzewnej. W tym celu przeprowadziłem odpowiednie doświadczenia w pracowni krakowskiej kliniki chirurgicznej.

Na razie zadałem sobie dwa pytania do rozstrzygnięcia: 1) czy środek ten wogóle jest skuteczny w wyżej wymienionej chorobie, to znaczy, czy zwierzęta, leczone śródżylnem wstrzykiwaniem kolargolu, dadzą pewien odsetek wyzdrowienia, lub chociażby przedłużenia stanu chorobowego? 2) jakie zmiany krwi towarzyszą wśródżylnemu zastosowaniu tego środka?

[1]) F. Majewski: Przegląd lekarski, 1902, Nr. 49

[2]) F. Majewski: Przegląd lekarski, 1905.

Doświadczenia moje przeprowadzałem na królikach. Dzięki uprzejmości pp. asystentów zakładu prof. Bujwida otrzymałem czystą hodowlę paciorkowców, którymi się posługiwałem dla wywołania zapalenia otrzewnej u królików. Najmniejsza dawka śmiertelna dla królików przy zakażeniu śródotrzewnowem okazała się równą 0,001 sz. ctm. hodowli bulionowej; śmierć następowała zwykle w 17—24 godzin po wprowadzeniu zarazka do ustroju.

Kolargol używany był według recepty klasycznej w 1% wodnym roztworze. Zastrzykiwałem go do jednej z żył ucha, czy to ochronnie, czy też leczniczo w różnych odstępach czasu od zakażenia w dawkach od 0,5—1,5 sz. ctm. Oprócz królików, użytych do kontroli postępów samego zakażenia nie leczonego, prowadziłem jeszcze kontrolę działania roztworu kolargolowego na królikach, którym zastrzykiwałem roztwór leczniczy, nie wprowadzając do ich ustroju pierwiastka chorobotwórczego. W tej ostatniej seryi doświadczeń badana była krew królików w ciągu pierwszych 24 godzin po wstrzyknięciu kolargolu do żyły w sposób następujący: przed samem wstrzyknięciem, po 2, 12 i 24 godzinach. Wyniki moich badań, aczkolwiek nie wykazały zupełnej bezużyteczności kolargolu, wstrzymały mnie jednak od dalszych w tym kierunku doświadczeń i od stosowania tego środka przy łóżku chorego.

Stosownie do zakreślonego planu pracy, na dwa postawione powyżej pytania otrzymałem następujące odpowiedzi.

Wstrzyknięcia śródżylne kolargolu nie wpływają dodatnio na przebieg paciorkowcowego zapalenia otrzewnej u królików; owszem, w niektórych razach sprzyjają szybszemu zakończeniu śmiertelnemu.

Z dwudziestu królików, leczonych w ten sposób, tylko 3 przeżyły o kilka lub kilkanaście godzin zwierzęta, użyte do kontroli; wszystkie inne, czy to zastrzyknięte przed zakażeniem, czy z niem jednocześnie, czy nieco później, ginęły bez wyjątku i, co najważniejsza wcześniej nawet, niż użyte do kontroli. Przy padaniu zwierząt dała się nawet zauważyć pewna prawidłowość, odpowiadająca porządkowi, w jakim królikom wstrzykiwany był wzmiankowany środek srebrowy, a mianowicie, im wcześniej dokonane zostało zastrzyknięcie, tem wcześniej następowała śmierć.

Otrzymane wyniki przemawiają w zupełności za tem, że wstrzyknięcie kolargolu wnosiło ze sobą do ustroju pewien czynnik, działający na niego szkodliwie; czynnik, którego obecność stwierdzało wyraźnie przyśpieszenie zejścia śmiertelnego o kilka godzin.

Przypuszczenie, czy nie jest czasem trujący sam roztwór kolargolu, używany do leczenia zwierząt, rozwiązywało zachowanie się królików, użytych do kontroli, którym za-

strzykiwany był tylko wzmiankowany roczyn, a które nie otrzymywały wcale hodowli paciorkowców.

Szkodliwego działania co do życia zauważyć nie mogłem: zwierzęta te po zastrzyknięciu i długo potem okazywały się przy ocenie zewnętrznej zupełnie prawidłowemi.

Sprzeczność, którąśmy w tym przypadku otrzymali, polegała jednak tylko na powierzchowności badania. Rzeczą bowiem było niewątpliwą, że wstrzyknięcie kolargolu wnosiło do ustroju pewien *minus;* doświadczenia wykazały ten fakt niezaprzeczenie. To *minus* nie było w stanie wywołać żadnego objawu widocznego dla gołego oka i tem samem dowieść swojej obecności. Ażeby go wykryć, należało pogłębić badanie. Wyjaśnienie sprawy, o ile mi się zdaje, znalazłem w zmianach składu krwi, towarzyszących wprowadzeniu do żył roczyn kolargolowego. Okazało się mianowicie, że po uskutecznieniu takiego wstrzyknięcia w krótkim czasie, bo już po upływie 2 godzin, pojawiał się we krwi odczyn nadzwyczaj wybitny i bardzo stały. Spostrzegane zmiany tyczyły się przedewszystkiem ilości ciałek krwi zarówno czerwonych, jak i białych. Parę razy mogliśmy również stwierdzić znaczne obniżenie zasadowości krwi, ze względu jednak na niestałe wyniki i niewielką ilość doświadczeń, sprawy tej w obecnej pracy wyczerpująco omawiać nie będę. Co do ciałek krwi, to niżej przytoczona tablica wskazuje wyraźnie stałość zmian i prawidłowość, z jaką one występowały.

Tablica
zmian zachodzących w ilości ciałek krwi przy wewnątrzżylnem wprowadzeniu roczynu kolargolu.

	Ciałka	Ilość ciałek krwi przed zastrzyknięciem roczynu kolargolu	Ilość ciałek krwi we 2 g. po zastrzyknięciu	Ilość ciałek krwi we 12 g. po zastrzyknięciu	Ilość ciałek krwi we 24 g. po zastrzyknięciu
N I	Czerwone	3,760.000	3,040.000	1,843.000	2,816.000
	Białe	8,800	14,400	4,400	4,700
N II	Czerwone	3,400.000	2,208.000	2,920.000	—
	Białe	8,100	10,900	8,750	—
N III	Czerwone	4,600.000	2,500.000	—	3,000.000
	Białe	—	—	—	—
N IV	Czerwone	4,050.000	3,780.000	2,122.000	3,650.000
	Białe	7,600	21,100	11,200	6,500

Badania krwi dokonywane były cztery razy w ciągu doby: przed wstrzyknięciem roczynu kolargolu, we 2, 12 i 24 godzin.

Znak — oznacza brak danych, które z tego lub innego powodu, niezależnego od samego doświadczenia, nie mogły być otrzymane.

Czerwone krążki krwi pod wpływem kolargolu zmniejszały się w swojej liczbie wybitnie tak, że już po upływie 2 godzin zjawisko to występowało zupełnie wyraźnie. W następnych godzinach zmniejszanie się to postępowało dalej i w czasie około 12 godzin po dokonaniu wstrzyknięcia osiągało swoje *maximum.* Odtąd liczba czerwonych ciałek zaczyna się powoli zwiększać, a po upływie 24 godzin od początku doświadczenia można zauważyć wyraźne zbliżanie się do warunków prawidłowych. W doświadczeniach tych mieliśmy więc do czynienia z hemolitycznem działaniem roczynu kolargolowego, który, sprowadzając rozpadowe zmiany w czerwonych ciałkach, oczywiście był dla ustroju trującym, dawki jednak używane przezemnie — do 1,5 sz. ctm. 1% roczynu — nie wystarczały do zabicia zwierzęcia. Istnienie hemolitycznego działania roczynu kolargolowego tłómaczy mam zupełnie wyżej podany fakt, że zwierzęta leczone ginęły wcześniej, niż użyte do kontroli, a tłómaczenie to stanie się jeszcze lepiej zrozumiałem, jeżeli nieco głębiej wejrzymy w niektóre własności paciorkowcowego zakażenia. Paciorkowiec w swojem życiu pasorzytniczem w ustroju zwierzęcym wytwarza pewne szkodliwe dla niego substancye — toksyny. Toksyny te, jak to pierwszy zauważył Bordet, a szczegółowiej opracował Besredka, posiadają wybitną zdolność hemolizującą, zwłaszcza u królików, u których ich działanie hemolityczne daje się spostrzegać nie tylko *in vitro*, ale również w ustroju zakażonego zwierzęcia. Wobec tego rzeczą jest zrozumiałą, że dwa czynniki, działające szkodliwie na ustrój w jednym i tym samym kierunku, zdolne były w złączeniu wytworzyć warunki, dzięki którym zwierzęta leczone kolargolem ginęły wcześniej, niż nieleczone.

Trafności tego przypuszczenia dowodzi jeszcze inna okoliczność, wyżej już wspomniana, że króliki ginęły w takim porządku, w jakim uskuteczniane były wstrzyknięcia lecznicze. Ponieważ, jak widzimy z podanej tablicy, *maximum* hemolitycznego działania kolargolu leżało mniej więcej około 12-ej godziny po wstrzyknięciu, padał ten z królików pierwszy, który pierwszy tego *maximum* szkodliwego wpływu dochodził. Trzy przypadki, stanowiące wyjątek z 20 królików, na których badanie było przeprowadzone, nie stanowią przeszkody do przyjęcia takiego tłómaczenia, nie mówiąc bowiem już o różnicach osobniczych, które tu mogły zachodzić i przez niektórych autorów były już zaznaczone, musimy przyjąć pod uwagę możliwy wpływ drugiego objawu, ujawniającego się pod działaniem kolargolu, a mianowicie leukocytozy. Ilość białych ciałek w naszych doświadczeniach w przeciwstawieniu do czerwonych nie zmniejszała się, ale owszem znacznie się zwiększała. Największą ich liczbę we krwi znajdowałem zawsze we dwie godziny po wstrzyknięciu roczynu kolargolowego, ale już we 12 godzin po wstrzyknięciu hiperleukocytoza zmniejszała się znacznie, i jak to widać w doświadczeniu N. 1, spadała nawet do poziomu niższego, niż prawidłowy. Po osiągnięciu pewnego *minimum*, które mogło nastąpić nawet nieco później, bo aż po upływie 24 godzin (N IV), daje się zauważyć dążność do wyrównania tych nieprawidłowych stosunków (N 1).

Widzimy więc, że wstrzyknięcie kolargolu wywołuje zwiększenie się liczby białych ciałek w potoku krwi. Powstaje wobec tego pytanie, czy nie ułatwia się przez to wzmożenie jednego z najważniejszych czynników odporności — fagocytozy. Dla potwierdzenia tego przypuszczenia brakuje nam tymczasem odpowiednich doświadczeń. Dopiero po wykazaniu, że objaw ten nie jest tylko prostą leukocy-

tozą, ale że zbiegające się do naczyń białe ciałka nabyły własności fagocytarnych, możnaby go uważać za czynnik, dodatnio wpływający na sprawę zakażenia.

Bardzo prawdopodobnem jest inne przypuszczenie, że kolargol sam, jako taki, podobnie do wielu innych substancyj, wywołuje nie mnożenie się ogólne białych ciałek, tylko ich chwilowe zbiegowisko, nie ujawniające wcale wzmożonych zdolności fagocytarnych w stosunku do drobnoustrojów. Owszem, znajdują one nawet w naczyniach jakieś szkodliwe czynniki, które w krótkim czasie ilość ich zdolne są sprowadzić niejednokrotnie do poziomu podnormalnego (N I, N IV).

Szkodliwe działanie rozczynu kolargolowego, ujawnione w ustroju króliczym, może się również niebezpiecznem okazać dla człowieka, gdyż toksyny paciorkowcowe, o ile przynajmniej można to wnosić z doświadczeń *in vitro*, są prawie tak samo szkodliwe dla czerwonych ciałek człowieka, jak i króliczych.

Dużo ogłoszonych przypadków dodatniego działania kolargolu w stanach posoczniczych u ludzi może być zależne, ma się rozumieć, od innych warunków, istniejących w ustroju ludzkim. Sądzę jednak, że trzeba wprzód dobrze poznać mechanizm jego działania na różnych zwierzętach i w różnych warunkach, ażeby, działając poomacku, bezwiednie nie przestąpić niebezpiecznej granicy, gdzie się kończą dobroczynne wpływy tego środka, a zaczyna jego trujące działanie. Ostrzeżenie to tem bardziej wydaje mi się stosownem, że hemolityczne działanie toksyny paciorkowcowej nie jest faktem odosobnionym, ale było spostrzegane i w hodowlach innych drobnoustrojów.

Na podstawie doświadczeń moich przestrzegam stanowczo przed używaniem kolargolu w zastosowaniu śródżylnem, przynajmniej dopóty, dopóki sprawa nie zostanie zbadaną jeszcze szczegółowiej.

II. Oddział terapeutyczny pedyatrycznego szpitala św. Olgi w Moskwie pod kierunkiem doc. Dr. A. Kisiela.

Przyczynek do kwestyi łuszczycy u dzieci.

Podał
Dr. Ludwik Mańkowski.

Sprawa łuszczycy u dzieci jest jeszcze bardzo słabo opracowaną; tymczasem głębsze jej zbadanie mogłoby się przyczynić do wyjaśnienia etyologii i morfologii tej choroby, a także i innych poszczególnych zagadnień. Łuszczyca u dzieci występuje, że tak powiem, pod okiem lekarza: najczęściej jest on świadkiem wykwitania świeżej wysypki i wczesnych jej postaci. Osoby dorosłe wtenczas tylko zwracają się po poradę lekarską, kiedy wysypka osiągnęła takie rozmiary, że zaczyna już niepokoić pacyenta. W takim przypadku wywiady muszą być z konieczności bardzo niedokładne i rozejrzeć się w nich nie jest łatwo, a nawet niemożebnie.

W pracy obecnej chciałbym zużytkować materyał szpitala św. Olgi, którego znaczną część jestem w możności osobiście obserwować. Materyał ten można podzielić na 2 grupy: 1) na grupę ambulatoryjną, z której korzystałem przeważnie tylko jako z materyału liczbowego i na 2) szpitalną, którą w dalszym ciągu postaram się mniej więcej szczegółowo opisać.

Większość dermatologów uważa łuszczycę za chorobę dość częstą; nie mniej liczby, wyrażające stosunek matematyczny łuszczycy do chorób skóry wogóle, wahają się w dość szerokich granicach. Tak: Devergie na 1800 chorych dermatologicznych znalazł 280 (15,5%) przypad. łuszczycy, Abraham na 3700 chorych derm. znalazł 355 (9,6%) przyp. łuszcz., Wilson na 1000 chorych derm. znalazł 73 (7,3%) przyp. łuszcz., Anderson na 4074 chorych derm. znalazł 282 (7%) przyp. łuszcz., Nielssen na 15376 chorych derm. znalazł 993 (6%) przyp. łuszcz., White na 58617 chorych derm. znalazł 1924 (3,28%) przyp. łuszcz., Audry na 6000 chorych derm. znalazł 160 (2,7%) przyp. łuszcz., Hebra na 3000 chorych derm. znalazł 50 (1,6%) przyp. łuszcz.

W ambulatoryum szpitala św. Olgi od 1887 do 1902 roku włącznie zapisano 21.031 dermatologicznych, w tej liczbie 97 przypadków łuszczycy. A więc stosunek będzie wynosić mniej niż ½%. Wszystkich wogóle chorych w tym czasie było 321.307. Na zasadzie tych liczb poczuwam się w prawie do wypowiedzenia następującego zdania: łuszczyca u dzieci od 12 lat życia należy do liczby chorób bardzo rzadko występujących. Do takiegoż samego wniosku doszedł Dr. Szapir. W oddziale chorób dziecięcych kliniki baroneta Willie w Petersburgu stwierdził on w ciągu 10 lat (od 1872—1882 r.) tylko 4 przypadki łuszczycy. Co się tyczy wpływu płci na skłonność do tej choroby, to liczby rozmaitych autorów są dość sprzeczne. I tak:

Wilson na	23	mężczyzn	stwierdził łuszczycę u	40	kobiet
Anderson na	97	„	„ „	„ 99	„
Grosz	„ 311	„	„ „	„ 176	„

Podług wykazów ambulatoryum szpitala św. Olgi na 23 chłopców przypada 42 dziewcząt chorych na łuszczycę [1]).

W oddziale stałym szpitala w ciągu 17 lat (od 1887 do 1904) zanotowano 10 przypadków łuszczycy.

Przypadek 1. Anna An-wa, lat 10. Przyjęta 11/XI 1895 r. Przeszło 2 lata temu wystąpiła wysypka, z początku na łokciach, potem na nogach, nareszcie rozeszła się po całem ciele; towarzyszył jej dość silny świąd skóry. Obciążenia dziedzicznego nie wykazano, chora zawsze była zdrową i pamięta tylko dawno przebytą odrę. Reszta dzieci w rodzinie jej cieszy się zupełnem zdrowiem.

Stan obecny. Rozwój i odżywienie dość dobre. Objawy skórne łuszczycy rozrzucone po całem ciele, najgęściej po stronie zewnętrznej górnych kończyn. Na twarzy, szyi i stronie wewnętrznej bioder wysypki niema. Od pierwszego dnia chora zażywała pastylki tyrojodyny [2]) od 2—6 dziennie. W ciągu pobytu w szpitalu spożyła ich 255. W pierwszych dniach leczenia pojawiły się nawet nowe plamki, ale 23/XI, t. j. po 12 dniach zauważono pierwszy raz zblednienie wysypki. Od tego osutka zaczęła powoli zmniejszać się i znikać. Świąd raz ustępował, to znowu pojawiał się. W pierwszych dniach stycznia wysypka zupełnie znikła, lecz 10/I ponownie wystąpił silny świąd i kilka czerwonawych plamek. Ale i te objawy prędko znikły, a chora opuściła zakład zupełnie zdrowa dnia 16/I 1896 r.

Zażywanie tyrojodyny nie obeszło się bez objawów nieprzyjemnych. Chora kilka razy wymiotowała, często skarżyła się na ból głowy; raz w ciągu doby pojawił się cukier w moczu. Nie mniej, nie zważając na tyrojodynę, chora przybrała na wadze 1850 grm.

Przypadek 2. Konstanty M., 10 lat liczący, przyjęty został na oddział 5/II 1898 r. Wysypka trwa od pół roku. Najpierw pokazała się na nogach, potem rozeszła się po całem ciele. Stale jej towarzyszył świąd i w miejscach silniej zajętych skóra pękała i krwawiła się.

[1]) Wykazy, tyczące się płci chorych, znajdują się w sprawozdaniach szpitala, lecz nie za wszystkie lata.

[2]) Skład pastylek tyrojodyny, wyrabianych przez aptekę Ferrejna w Moskwie, jest następujący: 0,12 wysuszonego gruczołu i 0,09 cukru mlecznego i soli kuchennej.

Wogóle chłopiec czuje się zupełnie zdrowym. Dziedziczności żadnej wykazać nie można.

Stan obecny. Odżywienie i wejrzenie — dobre. Po całem ciele rozrzucone czerwonawe grudki rozmaitej wielkości od główki szpilki do dłoni dorosłego człowieka. Grudki te pokryte są łuszczącym się naskórkiem, tworzącym blaszki białego lub żółtawo-szarego koloru. Po zeskrobaniu blaszki pojawiają się na wilgotnej powierzchni kropelki krwi. Grube blaszki łuszczącego się naskórka znajdują się na łokciach i kolanach. Na twarzy tylko 3 maleńkie plamki. Gruczoły chłonne nie powiększone. W szpitalu chłopca położono do łóżka i w ciągu pierwszych 9 dni żadnych nie podawano leków. W ciągu tego czasu tylko na plecach wysypka cokolwiek zbladła. Od d. 13/II rozpoczęto leczenie pastylkami tyrojodyny od 1 do 5 dziennie. Ogółem wyżył 372 pastylek. Leczenie znosił dobrze; cały czas był w jaknajlepszem usposobieniu; raz tylko wystąpiły nudności i wymioty. Białka i cukru w moczu nigdy nie wykryto; tylko jak zwykle tętno było przyspieszone. Trzy razy z niewiadomej przyczyny ciepłota ciała podnosiła się, chociaż nie wyżej nad 38°. Pierwszą zmianę w wysypce zauważono 23/II, t. j. po 10 dniach; wysypka przybrała barwę czerwoną, potem zaczęła blednąć i pomału znikać; 11/III tylko niewielkie jeszcze ślady pozostały. D. 25/V chory wyszedł ze szpitala; z wysypki pozostało na prawym łokciu tylko kilka plamek, pokrytych cieniutką warstewką łuszczącego się naskórka. Po 15 miesiącach ten sam chory został znowu przyjęty do szpitala z powodu jakiegoś nieokreślonego stanu gorączkowego. Nawrotu łuszczycy nie stwierdzono; na prawym łokciu, tak jak było przy wyjściu ze szpitala, widnieje kilka plamek, pokrytych cieniutką warstewką łuszczącego się naskórka.

Przypadek 3. Anna K., licząca lat 8, została przyjęta do szpitala d. 4/VI 1898 r. Przed trzema miesiącami zauważono u chorej na tułowiu swędzącą wysypkę, która cały czas pozostawała bez zmiany. W rodzinie jej wszyscy zawsze byli zdrowi. Dziedzicznego obciążenia nie wykazano. Sama pacyentka zawsze była zdrową; odrę przebyła w dzieciństwie.

Stan obecny. Ogólne wejrzenie i odżywienie chorej — dobre. Wykwity łuszczycy kropkowanej i kroplistej rozrzucone po całem ciele. Od pierwszego dnia po przybyciu do szpitala zaczęła zażywać tyrojodynę od 2—8 pastylek dziennie. Wyżyła 270 pastylek. W czasie leczenia pojawiały się niekiedy wymioty. Pierwszą zmianę w wysypce zauważono po 8 dniach: po obfitem łuszczeniu się i silnym świądzie zaczęła się ona szybko zmniejszać i dnia 15/VII zostały po niej tylko barwikowe plamki. D. 1/VIII chora opuściła szpital. D. 6/X 1904 roku chora była badana w ambulatoryum; liczy obecnie lat 16: odżywienie bardzo dobre, żadnych śladów wysypki w ciągu ostatnich 5 lat nie zauważono.

Przypadek 4. Michał N., lat 13 liczący, przyjęty został d. 3/V 1898 r. z powodu cukrzycy, którą po raz pierwszy rozpoznano przed rokiem. Łuszczycę datuje od 5 lat. Wysypka wystąpiła najpierw w pachwinach; świąd pojawiał się tylko czasami. Usposobienie chorego jest już oddawna nerwowe i rozdrażnione. Przebył odrę i krztusiec. Matka umarła na suchoty, ojciec ulega miernemu nałogowi opilstwa.

Stan obecny. Odżywienie i ogólne wejrzenie bardzo złe. Wątroba wystaje z pod łuku na 2 palce. Na głowie, piersiach, brzuchu i plecach wielka liczba przeważnie drobnych blaszek łuszczycy. Gruczoł tarczowy miernie powiększony.

Od d. 4/V do 13/V zażywał tyrojodynę; wskutek zaostrzenia się objawów cukrzycy odstawiono pastylki. Od d. 28/V do 15/VI i od 1/VII do 25/VII zażywał arszenik: *Sol. arsenic. Fowleri, Spiriti vini aa. S. od 1—10 kropel 2 razy dziennie.* Wpływu jakiegokolwiek tego przetworu na wysypkę nie zauważono. D. 27/VII chory zmarł w śpiączce cukrzycowej. Sekcya stwierdziła: *Hyperaemia venosa piae cerebralis et cerebri. Pleuritis fibrinosa purulenta dextra. Pneumonia lobularis apicis dextri et partis superioris lobi inferioris pulmonis dextri. Anaemia.*

Przypadek 5. Aleksandra K., 10 lat licząca, przyjęta została d. 13/VII 1899 r. Przed blizko 2 tygodniami zauważono u niej swędzącą wysypkę na klatce piersiowej. Dotychczas była zdrową. Rodzice cierpią na gościec; ojciec oddaje się opilstwu.

Stan obecny. Odżywienie i rozwój fizyczny dobre. Na twarzy i podbródku wyprysk liszajcowaty *(eczema impetiginosum).* Na skórze tułowia gęsto rozsiane niewielkie blaszki łuszczycy pospolitej. Chora co 2-gi dzień kąpała się w wodzie o ciepłocie 29°, a na twarz i podbródek stosowała *ung. boricum.* Pierwszą zmianę w wysypce zauważono po 11 dniach. D. 14/I 1900 dziewczynka wyszła ze szpitala zupełnie zdrową.

D. 25/IX 1904. Była oglądaną w ambulatoryum. Ma teraz lat 15. Wygląda dobrze, czuje się zupełnie zdrową; w ciągu ostatnich 4 lat nie zauważono żadnych śladów wysypki. (Dok. nast.)

III. Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Chlorek barowy jako środek nasercowy.

Podał

Dr. Erwin Mięsowicz
asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Przypadek I.

F. G. buchalter. Wywiady: Od roku łatwo się męczy, wychudł, jest rozdrażniony, cierpi na bezsenność. Od kilku tygodni duszność, bole w okolicy łopatki lewej.

Z powodu bolów zgłasza się do kliniki 9 czerwca 1904 r.

Stan obecny: Bladość błon śluzowych i skóry, wychudzenie. Nad i pod obojczykiem lewym stłumienie, dochodzące do stłumienia serca. W szczycie lewym z tyłu stłumienie, dochodzące na palec poniżej grzebienia łopatki. W miejscach stłumienia szmery oddechowe zniesione. W pierwszym i drugim przestworze międzyżebrowym z przodu po stronie lewej tętnienie. Uderzenie koniuszka serca na palec zewnątrz linii sutkowej lewej, tony serca czyste, głośne. Tętnice pokręcone, twarde. Liczba tętna 90—100, regularne, dość dobrze napięte. Ciśnienie krwi 90 mlg. Inne narządy, bez zmian ważniejszych. Obrzęków niema. Waga ciała 75 kg 100 gr. Mocz bez białka, c. g. 1·014.—Rozpoznanie: *Aneurysma arcus aortae. Atherosis arteriarum.*

Dzień	L. tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
10—18 czerw.	80—95	85—90	800-1200 C. g. 1012-1022	57·600 —56	Wstrzykiwania gelatyny	Bole prawie zupełnie ustąpiły.
19—23 czerw.	82—85	90	700-900 C. g. 1018-1022	56	2 razy dziennie po 0·03 $BaCl_2$	Jakość tętna nie uległa zmianie.
23—27 czerw.	82—85	85	700-800	55	Leczenie obojętne	—
28/VI do 1/VII	80—84	85—90	800-900 C. g. 1012	55	2 razy dziennie po 0·05 $BaCl_2$	Jakość tętna nie uległa zmianie.
3—5 lipca	82—84	90—95	800-1000 C. g. 1018-1022	55	Digitalis dialys. Golaz 3 r. dz. po 15 gł.	—
6 lipca	72	100	1200 C. g 1017	—	dtto	Tętno silnie napięte. Podmiotowo chory czuje się b. dobrze.

Przypadek II.

B. Ł. l. 40 wyrobnica. W 18 roku życia przebyła ostry gościec stawowy. Od 22 roku życia przy cięższej pracy doświadcza bicia serca i duszności. Od roku wystąpiły obrzęki na kończynach dolnych; od $^1/_2$ roku opuchlina brzucha. Z powodu obrzęków i duszności zgłasza się do kliniki.

Stan obecny: Sinica na wargach i końcach palców. Liczba oddechów 26. Uderzenie serca sięga do szóstego przestworu międzyżebrowego w linii pachowej przedniej lewej. Nad koniuszkiem serca długi szmer skurczony. Drugi ton nad t. płucną zaostrzony. Tętno słabo napięte, nieregularne. Liczba tętna 160. W jamie brzusznej płyn wolny, sięga do pępka. Wątroba powiększona, twarda, okazuje tętnienie dodatnie. Na kończynach dolnych obrzęki. Mocz c. g. 1·024, białka ślad. W osadzie: czerwone ciałka krwi, wałeczki szkliste. Waga ciała 46 kg. Rozpoznanie: *Insufficientia ostii. ven. sin. Insuff. relat. valv. tricusp. Cirrhosis hep. cardiaca. Hydrops.*

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
8—16 czerw.	160	60	700 C. g. 1·024	46	Leki obojętne	Tętno nieregularne, słabo napięte. W moczu białko. Duszność.
11—14 czerw.	160	60	700 C. g. 1·024	46	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Stan ten sam. Duszność znaczniejsza.
15 czerw.	170	60	700 C. g. 1·024	—	Infus. folior. Digit. purp. e 1·50 ad 180 S. co 2 g. łyżkę zażyć	Sinica. Duszność.
16 czerw.	110	70	1200 C. g. 1·012	46	dtto	Tętno nieregularne. Duszność mniejsza.
17 czerw.	78	70	2000 C. g. 1·012	—	dtto	Tętno nieregularne, lepiej napięte. Duszność nieznaczna.
17—19 czerw.	72	75—80	2000-3000 C. g. 1·012	43	dtto	Tętno nieregularne, dość dobrze napięte, duszności niema. Obrzęki ustąpiły.
19—27 czerw.	72—100	80	2000-1200 C. g. 1012-1018	44	Leki obojętne	26/VII ponownie występuje duszność.
28—30 czerw.	90	75—80	1600 C. g. 1012	44	2 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Duszność większa, niemiarowość znaczna. Świeże obrzęki.
1—5 lipca	70—54	80—95	1800-2200 C. g. 1014	—	2 razy dnia po 0·00025 digitoxin.	Tętno coraz lepiej napięte. Niemiarowość utrzymuje się. Puchlina brzucha i obrzęki zupełnie ustąpiły.

Przypadek III.

R. Z. l. 30 wyrobnica. Od trzech miesięcy cierpi na duszność przy chodzeniu i na bicie serca. Od 2 tygodni wystąpiły obrzęki na kończynach dolnych.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg	Leczenie	Uwagi
21—27 maja	100—88	85—100	700-2600	40—35	Bezwzględny spokój	Obrzęki ustąpiły zupełnie, płynu w jamie brzusznej wykazać nie można. Tętno dość dobrze napięte.
28—30 maja	80—88	110—115	1000	35	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	Tętno silniej napięte, twarde. Duszności niema.
30 maja do 2 czerw.	80—66	115—120	1000-1600	35	Digitoxin ā 0·00025 2 razy dnia	Tętno regularne, b. dobrze napięte. Chodzi bez duszności.

Stan obecny: Odżywienie liche.—Uderzenie koniuszka serca słabo macalne w 4-tym przestworze międzyżebrowym w linii sutkowej. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Drugi ton nad płucną zaostrzony. Liczba tętna 100, słabo napięte. Wątroba na palec niżej łuku żebrowego. W jamie brzusznej płyn wolny na 3 palce niżej pępka. Na kończynach dolnych obrzęki. Mocz bez białka. Rozpoznanie: *Insuff. valv. mitralis in st. incip. incomp.*

Przypadek IV.

K. Z. l. 47 wyrobnica. Między 13 a 26 rokiem życia przebyła kilkakrotnie gościec stawowy. Od 1½ roku cierpi na bicie serca, duszność. Od kilku miesięcy wystąpiły obrzęki kończyn dolnych i powiększenie się objętości brzucha. Badanie wykazuje: Budowa i odżywienie dobre. Mierna rozedma płuc i nieżyt oskrzelowy. Uderzenie

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczo w ctm ³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
26—30 czerw.	86	85	500 C. g. 1·023	69½	Bezwzględny spokój	Duszność znaczna, obrzęki zwiększają się.
30/VI do 1/VII	86	85	500 C. g. 1·023	—	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Duszność coraz większa, tętno nieregularne.
1—3 lipca	86—84	85—90	500 C. g. 1·023	—	Infus. fol. Dig. e 1·5 ad 180. Co 2 godz. łyżkę	Poprawa bardzo nieznaczna.
4—7 lipca	84—65	90-100	1700-2500 C. g. 1·011	66·300	Digitoxin ā 0·00025 2 razy dnia	Stopniowa poprawa; duszności przy spokojnem zachowaniu się niema. Obrzęki z kończyn ustąpiły.

koniuszka serca słabo macalne, na palec na zewnątrz linii sutkowej w 4 przestworze międzyżebrowym. Nad koniuszkiem długi szmer skurczowy. Drugi ton nad płucną zaostrzony. Liczba tętna 88, nieregularne, słabo napięte. W jamie brzusznej płyn wolny. Wątroba sięga na palec niżej łuku żebrowego. Na kończynach dolnych obrzęki. W moczu śladzik białka. Rozpoznanie: *Insuff. valvula mitralis in stad. incomp.*

Przypadek V.

F. W. l. 72. Od roku napadowe bicie serca, duszność. Od kilku tygodni obrzęki na kończynach dolnych, duszność.

Status praesens: Odżywienie liche. Uderzenie serca, widzialne w 4, 5 i 6 przestworze międzyżebrowym, sięga do linii pachowej przedniej lewej. Tony serca głuche; drugi ton nad aortą zaostrzony. Liczba tętna 100, tętno nieregularne, tętnica sprychowa twarda, pokręcona.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg	Leczenie	Uwagi
15—17 czerw	100	75	500 C. g. 1·017	39½	Leki obojętne	Duszność większa.
17—19 czerw.	100	75	500 C. g. 1·016	—	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	Duszność b. wielka, obrzęki większe.
20—22 czerw.	100—90	75—85	500—700 C. g. 1·016	—	Infus. fol. Digit. e 15 ad 180. Co 2 g. łyżkę	Duszność mniejsza, tętno lepiej napięte, nieregularne.

Dnia 23/VI: *Pneumonia crouposa lob. inf. dextri. Exitus letalis.*

Na kończynach dolnych obrzęki. Rozpoznanie: *Atherosis arter., sbsg. hypertrophia et myodegeneratione cordis.*

Przypadek VI.

J. R. l. 52 wyrobnik. Od 4 lat występują od czasu do czasu obrzęki na kończynach dolnych, ustępujące szybko pod wpływem leczenia. Od tygodnia znaczne obrzęki i duszność nawet przy spokojnem zachowaniu się.

Status praesens: Budowa i odżywienie dobre. Znaczna rozedma płuc. Uderzenie koniuszka serca niewidzialne i niemacalne. Nad koniuszkiem serca długi szmer skurczowy. Nad aortą krótki szmer rozkurczowy. L. t. 100, regularne. Tętnica sprychowa

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg	Leczenie	Uwagi
13—18 czerw	100—84	80—95	800—2300 C. g. 1·021—1·017	62—58	Bezwzględny spokój.	Duszność nieznaczna. Obrzęki na kończynach dolnych utrzymują się.
18—21 czerw.	84-76-82	90-105	3300-1800 C. g. 1·015	56	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	Znaczna duszność, obrzęki mniejsze, tętno drutowate.
21—24 czerw.	74—66	95-100	1110-1700 C. g. 1·020	54	Trae Strophanti 3 razy po 10 kropli.	Duszność zupełnie ustąpiła. Obrzęki znikły. Tętno dobrze napięte, nie tak twarde, jak poprzednio.

pokręcona, twarda, słabo napięta. Na kończynach dolnych oraz moszmach obrzęki. W moczu śladzik białka. W osadzie nic szczególnego niema. Rozpoznanie: *Atherosis arter. periph., valv. semil. aortae et valv. bicusp. Myodegeneratio cordis.*

Przypadek VII.

F. O. l. 25, pomocnik handlowy. W dzieciństwie przebył gościec. Od tego czasu stał się słabowitym, łatwo się nuży. Od czasu do czasu bicie serca, obrzęki na kończynach dolnych, które pod wpływem leczenia ustępują. Obecnie zgłasza się do kliniki z powodu duszności i obrzęków.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
12 czerw.	96 T. miękkie	90	—	65	Wstrzyknięcie 0·015 Morphii hydrochl.	Znaczna duszność.
13—15 czerw.	96—80 T. twarde	90—95	1700 C. g 1013	—	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	dtto
16—19 czerw.	90—100 T. silnie napięte, chybkie	95-120	2000-2300 C. g. 1011	63	3 razy dnia po 25 kropli Digit. dialys. Golaz.	Duszność mniejsza, obrzęki nieznaczne.

Status praesens: Bladość skóry. Odżywienie liche. Narząd oddychania bez zmian ważniejszych. Uderzenie koniuszka serca podnoszące, macalne i widzialne na przestrzeni od 4-ego do 8-ego żebra na zewnątrz lewej linii pachowej przedniej. Stłumienie serca: górny brzeg trzeciego żebra lewego, przekracza prawy brzeg mostka na dwa palce linię pachową przednią. Nad aortą głośny szmer skurczowy i rozkurczowy. Zresztą głuche tony. Wątroba sięga 3 palce niżej łuku żebrowego. Na kończynach dolnych i kości krzyżowej znaczne obrzęki. Rozpoznanie: *Insufficientia valvul. semil aortae in stad. incomp.*

Przypadek VIII.

F. E. l. 39, kancelista sądowy. W 22 roku życia przebył kiłę. Przed rokiem wystąpiły obrzęki kończyn dolnych, duszność, bicie serca, które wkrótce po użyciu naparatnicy ustępują. Od dwóch tygodni ponownie duszność i obrzęki kończyn dolnych. Badanie wykazuje: Bladość skóry. Narząd oddychania bez zmian. Uderzenie koniuszka serca macalne na większej przestrzeni, w V-ym przestworze żebrowym, tuż przy linii pachowej lewej. Stłumienie serca: dolny

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
30 maja do 12 czerw.	100—105 T. chybkie	110—115	1000—2500—1200 C. g 1026-1019	69 500	Infus. fol. Digitalis e 1 : 180. Dialys. Digitalis Golaz, Calomelanos po 0·30	Początkowo poprawa. Później duszność i obrzęki zwiększają się.
13—16 czerw.	105—108 T. chybkie	115	1000-1200 C. g. 1020	72	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$.	Duszność i obrzęki coraz większe.
16—18 czerw.	100—110 T. gorzej napięte	115	900—600 C. g. 1·020	—	Wstrzykiwania morfinowe. Tra Strophanti	Duszność mniejsza. Obrzęki większe.
18—21 czerw.	100 Tętnica sprych. twardsza	115	900—700	73	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Duszność i obrzęki coraz większe.

brzeg trzeciego żebra lewego, linia mostkowa prawa, pachowa przednia. Nad aortą dwa głośne szmery. Zreszta tony serca głuche. Tętno chybkie, regularne, l. t. 100. Wątroba macalna na 3 palce niżej łuku żebrowego. W jamie brzusznej płyn wolny. Na kończynach dolnych i kości krzyżowej obrzęki. W moczu białko. W osadzie wałeczki szkliste i ziarniste. Rozpoznanie: *Insuff. valv. semil. aortae in stad. incomp. sbsq. nephritide cyan.*

Przypadek IX.

J. J. l. 58, wyrobnik. Od $^1/_2$ roku cierpi na duszność i bicie serca po większych ruchach. Od kilku tygodni wystąpiły obrzęki na kończynach dolnych. Badanie wykazuje: Bladość skóry, wynędznienie; rozedma płuc znacznego stopnia. Uderzenie koniuszka serca w 5-ym i 6-ym przestworze żebrowym na palec zewnątrz linii

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
20—26 maja	76—86	120	600—800 1·026—1·030	46	Leki obojętne	Duszność utrzymuje się, obrzęki większe.
27—30 maja	76—82 T. drutowate	130—135	600—200 C. g. 1·031	48	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	Duszność b. wielka. Obrzęki większe, w moczu ślad białka. Biegunka.
31 maja do 11 czerw	80	120	350—1600 C. g. 1·031—1·019	44 $^1/_2$	Tra Strophanti. Infus Digitalis. Diuretinum.	Duszność ustępuje, obrzęki zupełnie znikają.

sutkowej. Stłumienie serca na większej przestrzeni. Nad aortą dwa głośne szmery. Zresztą tony głuche. Liczba t. 76. regularne. Tętnica sprychowa twarda pokręcona. Wątroba macalna na dłoń niżej łuku żebrowego. Na kończynach dolnych wyraźne obrzęki. Rozpoznanie: *Atherosis art. periph. et valv. semil. aortae sbsq. hypertrophia cordis. Adynamia musc. cordis.*

Przypadek X.

J. J. wyrobnik, l. 40. Przed rokiem gościec stawowy. Od $^1/_2$ roku cierpi na bicie serca i duszność. Obecnie duszność po ruchach. Badanie wykazuje: Budowa dobra. Granice płuc znacznie obniżone. Uderzenie koniuszka serca zewnątrz linii sutkowej w 6-tym przestworze żebrowym, podnoszące. Stłumienie na większej przestrzeni. Nad koniuszkiem serca długi szmer skurczowy. Zresztą tony głuche. Tętnica sprychowa pokręcona, twarda l. tętna 80, niemiarowość b. znaczna. Wątroba macalna 3 palce niżej łuku żebrowego. Na kończy-

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm ³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
4—27 styczn.	72 80	70	1000-1500 C. g. 1020-1025	50—58	Kali jodat.	Przy spokojnem zachowaniu się zupełnie swobodny. Niemiarowość tętna.
28—31 styczn.	70	85	1400 C. g 1019	58	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Niemiarowość utrzymuje się. Tętnica sprychowa znacznie twardsza, chory ma biegunkę.
1—3 lutego	70—66	85—95	1400 C. g. 1019	—	3 razy dnia po 1 ctm.³ Digalen	Niemiarowość znacznie mniejsza. Chory czuje się znacznie swobodniejszym, duszności po ruchach niema.

nach dolnych obrzęków niema. Mocz bez białka. Rozpoznanie: *Insufficientia valv. mitralis. Atherosis art. periph. Myodegeneratio cordis. emph. pulm. m. gr.*

Przypadek XI.

F. M. l. 58, introligator. Od roku męczy się szybko przy ruchach i doznaje bólów w okolicy serca. Od kilku tygodni wystąpiły obrzęki na kończynach dolnych. Badanie wykazuje: Budowa dobra, odżywienie liche. Skóra bardzo blada. Granice płuc miernie obniżone.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
10—27 styczn.	76—96	115—110	500-250 C. g. 1024-1030	57—60	3 razy dnia po 10 kropli Tra Strophanti.	Obrzęki i duszność coraz większe, tętno mniej chybkie.
28—31 styczn.	80—84	115—120	450—150 C. g. 1028	61	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Ilość moczu codziennie mniejsza. Tętno drutowate. Obrzęki większe.
31 styczn. do 1 lutego	80—86	115—120 Hg	400—500 C. g. 1028	61	3 razy dnia po 1 ctm.³ Digalen „Cloetta".	Tętno mniej napięte. Obrzęki takie same.

Uderzenie końca serca widzialne i macalne w 6-ym przestworze żebrowym w lewej linii pachowej przedniej. Nad aortą dwa głośne szmery. Inne tony głuche. Tętnica sprychowa pokręcona, twarda. Tętno chybkie, l. t. 76. Wątroba macalna na 4 palce niżej łuku żebrowego. Na kończynach dolnych nieznaczne obrzęki. Mocz bez białka. Rozpoznanie: *Insuffitientia valv. sem. aortae in stad. incomp.*

Przypadek XII.

J. P. l. 43 kelner. Od roku ogólne osłabienie. Od kilku tygodni duszność i obrzęki na kończynach dolnych. Badanie wykazuje:

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
20 czerw.	86—90	60	900	—	Arsen	Tętno miękkie.
21—23 czerw.	88—90	60	700—1000	—	2 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Tętno nie okazuje zmiany.

Woskowa bladość skóry. Narządy wewnętrzne bez zmian wybadalnych. L tętna 90. Na kończynach dolnych obrzęki. Badanie krwi: Hb. 18%, ciałek czerwonych 1.900.000, liczne normoblasty. Rozpoznanie: *Anaemia perniciosa.*

Przypadek XIII.

W. G. l. 18. Chora po operacyi gruźlicy jelita ślepego. Nie gorączkuje. Okazuje stałe przyspieszenie tętna. L. t. 114.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
20—25 czerw.	112—114	80	1000-1200	—	—	Tętno miękkie.
25—28 czerw.	108—100	90	1200	—	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Tętnica sprychowa twarda.

Przypadek XIV.

J. L., l. 15. Narząd krążenia bez zmian.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
25—28 styczn	80—82	100	1200	45	—	Tętnica dobrze napięta
28—31 styczn	76—80	105	1200	—	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Tętnica sprychowa wyraźnie twardsza.

Przypadek XV.

E. M., l. 29. Narząd krążenia bez zmian.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
25—28 styczn.	72—78	100Hg.	1200 C g. 1015	82	—	—
29 styczn. do 1 lutego	72—68	115	1000—1200 C. g. 1015	—	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Tętno silnie napięte, tętnica sprychowa twardsza.

Zbierając w krótkości wyniki leczenia, osiągnięte w pojedynczych przypadkach, otrzymujemy następujące zestawienie:

Przypadek I. Stan ciężki. Po dwukrotnem zażywaniu chlorku barowego występuje mierne zwolnienie tętna; ciśnienie krwi nie podnosi się, jakość tętna nie ulega zmianie, ilość moczu początkowo zmniejsza się.

Przypadek II. Stan ciężki. Po 4 dniach zażywania $BaCl_2$ pogorszenie. Po 5 dniach zażywania naparu naparstnicy znaczna poprawa, pod każdym względem bardzo wyraźna. Ponowne podawanie $BaCl_2$ również pozostaje bez skutku. Po digitoksynie objawy niewyrównania ustępują.

Przypadek III. Niedomoga mięśnia sercowego miernego stopnia, bo zmniejsza się pod wpływem leżenia. Po podaniu $BaCl_2$ tętno wolnieje, tętnica sprychowa staje się twardszą, ciśnienie krwi podnosi się wyraźnie, a mimoto ilość moczu zmniejsza się. Po digitoksynie jeszcze dalsze zwolnienie tętna, ciśnienie krwi podnosi się, ilość moczu zwiększa się.

Przypadek IV. Stan ciężki. Po $BaCl_2$ niema żadnej zmiany ani w tętnie, ani w ciśnieniu. Po przetworach naparstnicy znaczna poprawa, szczególnie co do ciśnienia krwi, oraz ilości moczu.

P r z y p a d e k V. Stan ciężki. Podawanie $BaCl_2$ pozostaje bez wpływu tak na liczbę tętna, jakoteż na ciśnienia krwi. Również i naparstnica niewiele działa.

P r z y p a d e k VI. Niedomoga serca lżejszego stopnia. Po 4-dniowem podawaniu $BaCl_2$ tętno wolnieje, ciśnienie krwi podnosi się wyraźnie, a tętnica sprychowa staje się drutowato twardą. Równocześnie występuje znaczna duszność. Po *tra strophanti* ciśnienie nieco opada, tętno jeszcze bardziej wolnieje, duszność zmniejsza się.

P r z y p a d e k VII. Stan ciężki. $BaCl_2$ wywołuje mierne zwolnienie tętna, nieznaczne podniesienie się ciśnienia krwi; tętnica sprychowa staje się twardszą. Chory dalej doznaje duszności. Po naparstnicy (dialys. Golaz) znaczna poprawa.

P r z y p a d e k VIII. Stan ciężki. $BaCl_2$, jakoteż naparstnica i jej przetwory nie działają.

P r z y p a d e k IX. Stan dość ciężki. Po 4-dniowem podawaniu $BaCl_2$ tętno wolnieje, staje się drutowato twardem, ciśnienie krwi podnosi się dość znacznie, mimoto duszność i obrzęki zwiększają się, ilość moczu maleje. Po naparstnicy i strofancie obrzęki w zupełności znikają, duszność ustępuje, tętno jest mniej napięte, ilość oddawanego moczu zwiększa się.

P r z y p a d e k X. Niedomoga serca miernego stopnia. $BaCl_2$ wywołuje zwolnienie tęna, podniesienie się ciśnienia krwi. Tętnica sprychowa znacznie twardsza. Niemiarowość tętna i duszność utrzymuje się. Digalen wywołuje dalsze wzmożenie się ciśnienia, zwolnienie tętna. Niemiarowość nieznaczna, po ruchach niema duszności.

P r z y p a d e k XI. Stan ciężki. Częstość tętna po 3-dniowem zażywaniu $BaCl_2$ nieznacznie wolnieje, ciśnienie krwi nieco się podnosi, tętnica sprychowa staje się drutowato twardą; ilość moczu zmniejsza się, obrzęki i duszność większa. Po digalenie ilość moczu nieco się powiększa, zresztą stan ten sam.

P r z y p a d e k XII. Znaczne obniżenie ciśnienia krwi nie podnosi się po zastosowaniu $BaCl_2$. Liczba tętna również nie ulega zmianie.

P r z y p a d e k XIII. Stałe przyśpieszenie tętna. Po 4 dniach zażywania $BaCl_2$ liczba tętna wyraźnie wolnieje, ciśnienie krwi nieco się podnosi, tętnica sprychowa staje się twardą.

P r z y p a d e k XIV. U człowieka zdrowego po trzech dniach zażywania $BaCl_2$ nie można wykazać wyraźnych zmian ani w liczbie tętna, ani w ciśnieniu krwi. Tętnica sprychowa wydaje się twardszą dla palca badającego.

P r z y p a d e k XV. U człowieka, również nie okazującego zmian w narządzie krążenia, po 3 dniach stosowania $BaCl_2$ częstość tętna wolnieje, ciśnienie podnosi się wyraźnie, tętnica sprychowa staje się silnie napiętą, twardą.

Przegląd wyżej przytoczonego zestawienia doprowadza nas do dwóch wniosków, mianowicie, że w jednej części przypadków chlorek barowy działa bardzo nieznacznie lub też wcale nie działa na układ krążenia, że w drugiej zaś okazuje dość wyraźny wpływ na narząd krwionośny. Działanie to ujawnia się w rozmaity sposób.

Najstalszym i najwyraźniejszym, aczkolwiek w liczbach nie dającym przedstawić się objawem, jest zmiana jakości tętna. Tętnica sprychowa staje się pod wpływem działania chlorku barowego wyraźnie twardszą, oporniejszą, niekiedy drutowato napiętą, szczególnie w przypadkach, gdzie już poprzednio istniało podwyższenie parcia krwi. Co do zmiany w częstości tętna, to dające się spostrzegać w niektórych przypadkach zwolnienie, było zawsze niezbyt wyraźne i tylko w jednym przypadku (XIII) wystąpiło wybitnie. Ciśnienie krwi podnosi się i to niekiedy dość znacznie, jednakowoż równocześnie z tem wzmożeniem się ciśnienia krwi nie idą w parze inne objawy przedmiotowe i podmiotowe, ba nawet wprost przeciwnie, podniesienie ciśnienia wywołuje niekiedy ujemne skutki (Przyp. IX).

Ilość moczu częstokroć miernie zwiększa się, niekiedy zaś mimo wzmożonego ciśnienia krwi nie podnosi się, lecz przeciwnie ulega wybitnemu zmniejszaniu się (Przyp. IX).

W prostym stosunku do ilości moczu pozostaje również stan obrzęków.

Różne w doświadczeniu klinicznem działanie chlorku barowego daje się dobrze objaśnić farmakodynamicznemi własnościami tego przetworu. W dawkach, stosowanych w celach klinicznych działa chlorek barowy na obwodowy układ naczyniowy, powodując zwężenie tętnic. Bezpośredniem następstwem zwężenia jest zmiana w napięciu ścian tętniczych, które w wybitnych przypadkach robią wrażenie drutowato napiętych. W dalszym ciągu dopiero, wznieca zwężenie tętnic obwodowych, w przypadkach odpowiednich, podniesienie ciśnienia krwi. Dzieje się to naturalnie kosztem powiększonej pracy mięśnia sercowego, który musi wówczas pokonywać większe opory w krążeniu. Jeżeli zatem posiada jeszcze dostateczną ilość siły zapasowej, wówczas zwężenie tętnic wywołuje następowo podniesienie się parcia krwi. Jeżeli zaś zapasowa siła mięśnia sercowego, już jest u swej granicy, lub jest wprost wyczerpaną, wówczas chlorek barowy albo nie wywołuje podniesienia się ciśnienia krwi i wówczas zwiększa bezcelowo pracę serca, albo też w przypadkach, okazujących już z góry wysokie ciśnienie krwi, doprowadza mimo dalszego podniesienia parcia krwi do pogorszenia stanu ogólnego. Tem się też tłómaczy, że w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego miernego stopnia mamy po chlorku barowym wyniki, wskazujące nam na korzystne, aczkolwiek niezbyt energiczne działanie tego środka. W przypadkach niedomogi mięśnia sercowego znaczniejszego stopnia nie ujawnia się ono zupełnie z powodów wyżej przytoczonych; niekiedy zaś może być szkodliwem. Że punktu zaczepienia działania chlorku borowego nie należy szukać w samym mięśniu sercowym, lecz w zwężeniu naczyń obwodowych, dowodzi ta okoliczność, że w przypadkach, w których po chlorku barowym podniosło się ciśnienie krwi, można je było jeszcze w dalszym ciągu potęgować środkami, które działają dowodnie na mięsień sercowy, jak n p. naparstnica i jej przetwory.

Jako przyczynę zwolnienia częstości tętna należy uważać podniesienie parcia krwi, wywołujące następowe podrażnienie nerwu błędnego, a tem samem zwolnienie skurczów serca.

W ścisłym związku z powyższymi wywodami pozostaje także sprawa ilości moczu, wydzielanego na dobę. Ilość ta jest w prostym stosunku proporcyonalna do ilości krwi, przepływającej w jednostce czasu przez nerki. Jeżeli więc zwężenie tętnic, wywołane chlorkiem barowym, spowoduje niestosunek pomiędzy siłą mięśnia sercowego, a oporem

w krążeniu na korzyść tego ostatniego czynnika, otrzymamy w następstwie zmniejszenie się ilości moczu. W razie, jeżeli stosunek między tymi czynnikami zostanie zachowany na korzyść ilości krwi, przepływającej przez nerki, ilość moczu może się podnieść. Bezpośredniem następstwem ilościowego zachowania się moczenia jest stan obrzęków.

Uwzględniając wpływ chlorku borowego na zachowanie się narządu krążenia na podstawie wyżej przytoczonych spostrzeżeń i wywodów, możemy wypowiedzieć zdanie, że chlorek barowy jest lekiem, któremu zasadniczo nie można odmówić działania w chorobach narządu krążenia. Działanie to jest korzystne tylko w chorobach serca, okazujących niedomogę serca miernego stopnia, a nie okazujących przytem podwyższonego parcia krwi. Z działaniem naparstnicy nie wytrzymuje chlorek barowy żadnego porównania. Naparstnica działa znacznie pewniej i energiczniej. W przypadkach, gdzie lek ten nie skutkuje, pozostaje i podawanie chlorku barowego bez skutku. Wystrzegać się należy podawania chlorku barowego w chorobach serca, przebiegających z podwyższonem parciem krwi lub ze znacznem osłabieniem mięśnia sercowego.

W końcu niech mi wolno będzie wyrazić podziękowanie JW. Panu Radcy Dworu prof. Korczyńskiemu za pozwolenie użycia materyału klinicznego, oraz za wskazówki przy pracy.

IV. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Marcinkowski. **Zatrzymanie moczu, jako jedyny podmiotowy objaw, prawdopodobnie ciąży zamacicznej.** (*Nowiny lekarskie*, 1895, Zeszyt 2). U 34-letniej dotąd niepłodnej mężatki nie pojawiła się po raz pierwszy miesiączka. Przed tygodniem zbudziła się chora z uczuciem parcia na mocz, lecz oddać go nie mogła. Od tej chwili mocz odpływa wciąż kroplami, a równocześnie wystąpiło krwawienie z pochwy i trwa dotąd. Okolica nadłonowa cokolwiek bolesna, część pochwowa zwrócona silnie ku górze, tylna ściana pochwy wypukłona przez guz duży, bolesny; przy badaniu zestawionem w uśpieniu chloroformowem macica powiększona, zwrócona ku tyłowi i stronie lewej, a od strony prawej przylega do macicy guz wielkości 2 pięści, elastyczny, mało ruchomy. Przez 4 następne dni ciepłota prawidłowa, mocz musiano odprowadzać cewnikiem. Wobec braku szczegółów z wywiadów, przemawiających za ciążą zamaciczną, rozpoznano torbiel jajnikowy, który uległ nagłemu powiększeniu, odepchnął macicę ku tyłowi i spowodował ucisk na szyjkę pęcherza. Operacya wykazała macicę miękką, wielkości 2-miesięcznej ciąży i guz po stronie prawej pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego, zawierający treść gęstą, czarną. Przez powstałe naddarcie w ścianie guza wchodzi palec do obszernej jamy. Założono do owej przestrzeni worek Mikulicza i wyprowadzono go przez dolny kąt rany laparotomijnej. Nastąpiło wyzdrowienie. Zdaniem autora wszystko przemawia za ciążą zamaciczną z przebiegiem o tyle ciekawym, że pierwszym i jedynym objawem, z powodu którego chora szukała pomocy lekarskiej, było zatrzymanie moczu.

B. Wojciechowski.

G. Schmorl. **O losie komórek łożyskowych w zatorze.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 5). Zapatrywanie, że komórki, oderwane od zupełnie prawidłowego łożyska, mogą utkwić w odległych narządach, przedewszystkiem w płucach, i uledz tam bujaniu, liczy dziś wielu zwolenników. Zajmując się żywo tą niedość jeszcze wyświetloną sprawą, poddał S. płuca 150 kobiet, zmarłych w czasie wcześniejszej lub późnej ciąży lub w połogu (po porodach i poronieniach), systematycznemu badaniu drobnowidowemu. Przekonał się przytem, że przemieszczenie komórek łożyskowych jest rzeczą bardzo pospolitą, a stosunkowo najobficiej napotkał te komórki u 83, zmarłych z powodu drgawek porodowych. Potwierdza się również to, co już udowodnił Kassjanow, że owe przemieszczenie pojedyńczych komórek odbywa się także poza okresem bólów porodowych, nawet podczas bardzo wczesnej ciąży. Całe kosmki spotyka się w naczyniach płucnych jedynie po długo trwających porodach, połączonych z silnem mechanicznem uszkodzeniem łożyska, szczególnie po odklejeniu ręcznem łożyska, po łożysku przodującem i po pęknięciu macicy. Na owych 150 przypadków tylko 2 razy mógł S. stwierdzić rzeczywiście niechybne bujanie komórek, tkwiących w naczyniach płucnych. W obu przypadkach chodziło o chore, zmarłe z powodu zakażenia po poronieniu z końcem pierwszego i z początkiem drugiego miesiąca. Komórki wnikały wyraźnie w ściany naczyń, okazywały własności niszczące i dostawały się nawet poza obręb naczyń, w miąższ płucny. Po stwierdzeniu tego stanu rzeczy zadaje sobie S. pytanie czy liczne zatory i bujanie komórek łożyskowych mogą pochodzić zarówno z łożyska zdrowego, jak chorobowo zmienionego? Aczkolwiek pytania tego na razie z całą pewnością rozstrzygnąć jeszcze nie może, jednak pewne dotychczasowe spostrzeżenia naprowadzają go na myśl, że zdarza się to w tych jedynie przypadkach, gdzie łożysko nie zachowuje się prawidłowo. S. spotkał się bowiem przedtem jedynie z 3 przypadkami zaśniadu groniastego (jeden z nich dotyczył częściowego tylko zwyrodnienia przy ciąży bliźniaczej), w których zatory komórek łożyskowych w płucach były tak bardzo liczne i gdzie komórki tak bujały, jak w obu opisanych przypadkach poronienia; — ma więc wielkie podejrzenie, że również w tych ostatnich przypadkach łożyska nie były zupełnie prawidłowe. Autor uważa za rzecz wielce podobną do prawdy, że tylko wówczas porwane z łożyska i przeniesione komórki zdolne są do złośliwego bujania, gdy łożysko uległo poprzednio zwyrodnieniu, właściwemu dla zaśniadu groniastego.

B. Wojciechowski.

OKULISTYKA. Hähnle. **Zez zbieżny o torze przerywanym.** (*Die Ophtalmologische Klinik*, 1905, Nr. 4). Autor miał sposobność widzieć dwa rzadkie i ciekawe przypadki zezu o typie regularnie przerywanym. U 10-letniej dziewczynki od 3-go roku życia pojawia się stale co drugi dzień silny zez zbieżny lewego oka, przyczem chora nie doznaje wcale podwójnego widzenia. Nazajutrz oczy nie okazują ani śladu zboczenia w ustawieniu osi, a co więcej, daje się wykazać prawidłowe widzenie dwuoczne i dobre poczucie bryłowatości. Przez cały następny dzień dziecko znowu silnie zezuje okiem lewem. Na tę niezmienną kolejność nie wywierają żadnego wpływu ani atropinizacya, ani pełna korekcya zachodzącej hiperopii, ani prąd przerywany. Autor przypuszcza tło histeryczne. Drugi zupełnie podobny przypadek odnosi się do 7-letniego chłopca.

K. W. Majewski.

Jocqs. **Zapalenie rogówki punkcikowate.** (*Die Ophtalmologische Klinik*, 1905, Nr. 4). Autor omawia rozmaite postacie punkcikowatego zapalenia rogówki. Jedna z nich, polegająca na osadzaniu się drobnych złogów wypociny włóknikowej na błonie Descemeta, nie jest nawet, ściśle biorąc, zapaleniem samej rogówki, a tylko sprawą, toczącą się w jagodówce (t. zw. *iridocyclitis serosa*). Znamy dalej punkcikowate postacie miąższowego zapalenia rogówki (*keratitis parenchymatosa*). Za osobną postać chorobową uznaje autor obraz kliniczny, jaki spostrzegał w dwóch przypadkach: nagły początek choroby, światłowstręt, nastrzykanie rzęskowe, wystąpienie drobnych, punkcikowatych ognisk w miąższu rogówkowym, bliżej przedniej powierzchni, żadnych objawów ze strony tęczówki, ani ciała rzęskowego. Zmiany te ustępują dość łatwo pod wpływem dioniny i mięsienia żółtą maścią Pagenstechera. Cierpienie występuje najprawdopodobniej na tle kiły.

K. W. Majewski.

Trantas. **Zapalenie rogówki miąższowe z przebiegiem złośliwym i ciąża. Przerwanie ciąży. Wyleczenie.** (*Archives d'Ophtalmologie*, 1904, Nr. 12). Niektóre ciężkie schorzenia oczne stanowią wskazanie do przerwania ciąży. Należą tu: *retinitis albuminurica amotio retinae gravidarum atrophia n. optici, ulcus corneae utr. c. hypopyo.* W niejednym z podobnych przypadków zawdzięczały chore ocalenie wzroku jedynie przerwaniu ciąży. Autor opisuje przypadek bardzo ciężkiego zapalenia miąższowego rogówki u kobiety ciężarnej. Mimo energicznego leczenia miejscowego i podania rtęci oko uległo zanikowi. Gdy w czasie następnej ciąży wystąpiło takie samo i tak samo groźnie przebiegające zapalenie rogówki na oku drugiem, — a klasyczne leczenie również nie odnosiło skutku, — zdecydował się autor sprowadzić poronienie. Stan oka doznał wnet po przerwaniu ciąży znacznej poprawy i chora odzyskała bystrość wzroku, wystarczającą do pracy.

K. W.. Majewski.

J. Hirschberg i S. Ginsberg. **Przypadek rzadkiego guza rogówki.** (*Centralbl. f. Augenheilk.*, R. XXIX, luty, 1905). U dziecka, wykazującego liczne zmiany gruźlicze, utworzył się na rogówce lewego oka guz, pokrywający ją prawie w całości. Tylko obwodowe części rogówki pozostały względnie wolne, były bowiem nacieczone, a ponad niemi zwieszał się wał nowotworowy. Całość

robiła wrażenie gruźlicy, która, przebiwszy się z tęczówki na zewnątrz, wybujała grzybowato na zewnątrz. Ponieważ oko dla wzroku było straconem, a sprawiało choremu znaczne dolegliwości tak, iż odżywienie dziecka coraz to bardziej podupadało, przeto oko wyjęto. Badanie anatomiczne i histologiczne nie potwierdziło rozpoznania klinicznego. Okazało się bowiem, iż tęczówka prócz nieznacznego nacieku nie wykazywała większych zmian; guz zaś cały wychodził z rogówki. Z wyjątkiem błony Descemeta i warstw wewnętrznych cała rogówka była zniszczoną. Jej miejsce zajmował guz utkania śluzowatego, wewnątrz którego widać komórki plazmatyczne, wielojądrzaste leukocyty, komórki tuczne i nieliczne komórki olbrzymie. Na powierzchni guza brak przybłonka. Szczepień na króliku nie robiono, mikroskopem jednak prątków gruźlicy nigdzie nie wykazano. Cała sprawa przedstawia się zatem jako zapalenie rogówki, które przez podrażnienie spowodowało bujanie tkanki ziarninowej. *L.....*

PEDYATRYA. Bartenstein. **Przyczynki do kwestyi sztucznej choroby Barlowa u zwierząt.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, styczeń, 1905). Żywienie młodych psów przez $1^1/_2$—$6^1/_2$ miesięcy mlekiem długo gotowanem i długo przechowywanem nie doprowadziło w żadnym przypadku do zmian w kośćcu, odpowiadających chorobie Barlowa. *Lewkowicz.*

Göppert. **Trzy przypadki zapalenia krwotocznego opony twardej z wodogłowiem zewnętrznem** (*j. w.*) Przypadki dotyczą osesków; dwa z nich rozwinęły się po urazie. Dziecko zapada nagle i okazuje wielki niepokój, drgawki, szybkie powiększanie się obwodu głowy, tarczę zastoinową, krwotoki na dnie oka. W przebiegu odróżnić można dwa okresy: w pierwszym (wodogłowie zewnętrzne) otrzymuje się przy nakłuciu lędźwiowem albo ciecz lekko krwawo zabarwioną, albo znaczne ilości cieczy zupełnie wodojasnej, nakłucie sprowadza widoczną i szybką poprawę; — w drugim — ciecz otrzymana jest krwawą, a nakłucie niema widocznego dodatniego wyniku. *Lewkowicz.*

Freund. **O skutkach podawania tłuszczu na wymianę pierwiastków oseska.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). W doświadczeniach na 3 oseskach otrzymano następujące wyniki: podanie tłuszczu w większej ilości wywołuje, jak o tem wiemy od czasu spostrzeżeń Czernego i Kellera, zwiększone wydzielanie amoniaku. Tłomaczy się ono częściowo większem odprowadzaniem zasad kałem (Steinitz), ale także większem wessaniem kwasu fosforowego z przewodu pokarmowego, co znów wywołane jest zastąpieniem kwasu fosforowego w połączeniach głównie z wapnem kwasami tłuszczowymi. W pierwszem doświadczeniu 43·8%, w drugiem 31.4% kwasów tłuszczowych, wydalanych z kałem, było w połączeniu z wapnem i magnem i magnezyą, jako nierozpuszczalne mydła. Stolec przybiera skutkiem obecności tych mydeł barwę jasną i jest podobnym do kitu szklarskiego; do zmiany barwy przyczynia się jednak także nadmierne odtlenienie barwików żółciowych poza hidrobilirubinę do bezbarwnego urobilinogenu. *Lewkowicz.*

Czerny. **Usposobienie wysiękowe.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, styczeń, 1905). Pojęcie usposobienia wysiękowego (*diathesis exsudativa*), schodzi się w pewnym zakresie z pojęciem zołzów, mianowicie, jeżeli z nich wykluczymy wszystko, co należy do gruźlicy. Ponieważ jednak w piśmiennictwie toczy się spór co do tożsamości zołzów z gruźlicą, utworzył profesor Czerny powyższy termin na określenie zboczenia, które nic z gruźlicą niema wspólnego. Chodzi o zboczenie wrodzone, najczęściej rodzinne i dziedziczne. Objawia się ono głównie w latach dziecięcych, później zaś może stać się ukrytem i dlatego dziedziczność nie zawsze łatwo wykazać. Dzieci okazują od początku zboczenia w wynikach odżywienia. Albo pozostają w tyle, albo przeciwnie okazują nadmierne zapasy tłuszczowe. W obu typach chodzi o złe wyzyskanie tłuszczu. To też niekiedy przy karmieniu sztucznem, uboższem w tłuszcz, niż karmienie piersią, dzieciom powodzi się lepiej. Częstym, ale nie stałym objawem usposobienia wysiękowego jest język mapiasty (*lingua geographica*), ciemiączko załupieżone (Gneis), a także strup mleczny osesków. Oba ostatnie zboczenia skutkiem zakażeń wtórorzędnych dają powód do wyprysków. Odżywianie wywiera na nie wpływ bardzo wybitny. Dalszym objawem bywa świerzbiączka (*prurigo*), nazywana także ognikiem (*strophulus*), lub pokrzywką. Zboczenia te przy odpowiedniem odżywianiu ustępują zwykle w ciągu 2-go lub 3-go roku życia, a w przebiegu okazują krótsze lub dłuższe przerwy. Tu także należy łatwe odparzanie skóry w fałdach na szyi, za uszami i t. d. Drogi oddechowe okazują skłonność do zapaleń, powtarzających się niekiedy kilkakrotnie w równy sposób (zapalenie gardła, migdałków, migdałka podniebiennego, krtani, oskrzeli). Zajęcie oskrzeli przy odpowiedniej pobudliwości nerwowej może łączyć się z objawami dychawicznymi. Na wszystkie te przypady mają wpływ także i warunki, wśród których dziecko żyje: wieś z powietrzem czystem, lub przeciwnie miasto i t. d. Następstwem bywa przerost migdałków. Często stosunek pojmowany jest odwrotnie, jednak niesłusznie, gdyż wycięcie migdałków nie usuwa skłonności do zapaleń. Dzieci cierpią często na brak łaknienia, albo spostrzega się naprzemian brak łaknienia i żarłoczność. Często zaburzeniom towarzyszy lekka gorączka. Niektóre objawy (gorączka, brak łaknienia, cuchnienie z ust) tłomaczą się połykaniem rozpadłych mas wysiękowych z mieszków migdałków. Do objawów usposobienia wysiękowego należą jeszcze zapalenie brzegów powiek, zapalenie pryszczykowe rogówki, zapalenie sromu lub żołędzi. Nie wszystkie objawy spostrzega się równocześnie. Przy zajęciu błon śluzowych może nie być objawów skórnych. Te ostatnie cechują cięższe postacie i nigdy wtedy nie brakuje objawów zajęcia dróg oddechowych. Leczenie nie może się kusić o usunięcie usposobienia, może jednak zmniejszyć przypadłości i następstwa. Najważniejsze miejsce zajmuje w niem odżywianie. U dzieci po 2-gim roku życia żywienie przeważnie roślinne z dodatkiem małych ilości mleka ($^1/_4$—$^1/_2$ litra) i mięsa. Wykluczyć należy jaja, tłuszcze, cukier i słodkie potrawy, dozwolić surowych owoców. U dzieci do 2-go roku życia ograniczenie ilości pokarmu do możliwie najniższej miary, aby przeszkodzić gromadzeniu się tłuszczu; w 2-gim roku życia ograniczenie ilości mleka, a zastąpienie go węglowodanami, polewkami i jarzynami. Dziecku nie należy na jego cierpienie zwracać uwagi, powinno ono przebywać, o ile możności jak najwięcej, z rówieśnikami; w ten sposób udział czynnika nerwowego najbardziej się ograniczy. Należy jaknajskuteczniej zmniejszyć sposobność do zakażeń: przebywanie na wsi, w miejscach klimatycznie korzystnych, w powietrzu bez pyłu i dymu; zapobieżenie zetknięciu się z dorosłymi, cierpiącymi na nieżyty nosowe lub zapalenie gardła. *Lewkowicz.*

Süsswein. **Przyczynek do fizyologii mechanizmu ssania.** (*Archiv. f. Kinderheilkunde*, T. 40, 1905). Autor na podstawie interesujących spostrzeżeń dowodzi, iż za pomocą samego przyglądania się aktowi ssania możemy w znacznym stopniu ocenić, o ile pierś mamki odpowiednią jest dla dziecka. Główną wskazówką jest tu stosunek częstości ruchów ssących do ruchów połykania. Obecność tych ostatnich jest niezawodnym dowodem wydzielania się z piersi pokarmu, podczas gdy ruchy ssące mogą być czcze. Idealną pierś stanowi ta, przy której ssaniu w pierwszych minutach po każdym ruchu ssącym następuje ruch połykania i przy której po 5 minutach większa część posiłku została przez dziecko wyssaną. Jeżeli dziecko czyni w posiłku częste przerwy, a ruch połykania wypada co kilka ruchów ssących, wówczas pierś jest dla danego oseska nieodpowiednią lub niewystarczającą. Oczywiście, że wyniki bezpośredniego spostrzegania, jakkolwiek mogą w praktyce oddać duże usługi, tam, gdzie idzie o ścisłość, nie są w stanie zastąpić wyników, uzyskanych zapomocą wagi. *Żeleński.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Wierżbickij. **Znaczenie owadów w epidemiologii moru; badania doświadczalne nad pchłami:** *pulex irritans*, *p. canis*, *p. felis*, *typhlopsylla musculi* **i pluskwami:** *cimex lectularius*. (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1904). Doświadczenia W., wykonane w kronsztadzkim porcie Aleksander III, wyświetlają rolę owadów w szerzeniu moru. Badania te wykazują, że pchły i pluskwy zawierają w sobie laseczniki morowe, jeśli ssały krew zwierząt na 12—26 godzin przed ich zgonem z moru, zatem w tym okresie, kiedy krew już zawiera laseczniki swoiste; laseczniki żyją w pchłach 4—6 dni, zachowując jadowitość, odpowiednią jadowitości hodowli, którą było zakażonem zwierzę; w pluskwach zaś żyją tem dłużej, im dłużej one były przedtem głodzone: w pluskwach, nie głodzonych wcale lub nie więcej, niż 7 dób, laseczniki znikają w trzeciem dniu; w głodzonych zaś w ciągu 4—$4^1/_2$ miesięcy, giną na 8—9 dzień. W pchłach i pluskwach laseczniki moru rozmnażają się; w wypróżnieniach ich można znaleźć żywe i jadowite laseczniki przez cały czas, póki laseczniki znajdują się w samym ustroju tych owadów. Jeśli pierwotna hodowla, użyta dla zakażenia zwierzęcia, jest mało jadowitą, to pokąsania pcheł i pluskiew, zawierających laseczniki morowe z takiego zwierzęcia, nie wywołują schorzenia i śmierci zwierząt zdrowych. W razie zaś, jeśli pierwotna hodowla jest wysoko jadowitą i owady kąsały zwierzę zakażone w pewnym okresie choroby, to pokąsania przez owady sprowadzają zakażenie i śmierć zdrowego zwierzęcia. Miejscowy odczyn zapalny bywa w tych warunkach bardzo słabo wyrażony lub zupełnie nie występuje. Pchły zakażone morem mogą przez pokąsanie zakażać zwierzęta zdrowe w ciągu 3 dni; pluskwy zaś, w których laseczniki trwają przez 8 dni, w ciągu 5 dni. Więcej niż dwa zwierzęta też same pluskwy zakazić nie mogą. Przy pokąsaniach przez pchły i pluskwy tworzą się naruszenia całości skóry, przez którą w razie stykania się z zakażonym materyałem morowym może nastąpić zakażenie morem.

Rozgniecione zakażone pchły i pluskwy, również ich wypróżnienia, przedstawiają zakaźny materyał moru, który, zetknąwszy się z przeczosami na skórze, może wywołać zakażenie w ciągu przeszło 5 miesięcy (n. p. z plam na płótnie). Roczyny chemicznych środków odkażających w zwykłych warunkach ich zastosowania nie zabijają laseczników morowych w zakażonych pchłach i pluskwach. Pchły szczurów (*typhlopsylla musculi*) nie kąsają ludzi; pchły ludzkie (*p. irritans*) kąsają szczury; pchły psów i kotów kąsają ludzi i szczury. Pchły ludzkie, psie i kocie mogą, jako pasorzyty przypadkowe, żyć na szczurach i w pewnych warunkach pośredniczyć w przeniesieniu zakażenia ludzi morem ze szczurów i odwrotnie.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Genzel. **Antypepsyna, jako przyczyna nieistnienia samoprzetrawienia żołądka.** (*Kozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1904). Autor wykazał obecność w błonie śluzowej żołądka substancyi, która przeszkadza trawieniu białkanów zapomocą pepsyny; substancya ta, wyciągnięta z błony, nie strąca się wyskokiem, octanem ołowiu i kwasem fosforowo-wolframowym i niema nic wspólnego z chlorkiem sodowym i fosforanami, które również tamują działanie pepsyny. Omawiana substancya jest pochodzenia organicznego, lecz natury prawdopodobnie nie białkowej. G. znajdował ją w żołądkach świń i psów we wszystkich warstwach ich ścian, zwłaszcza zaś w warstwie nabłonkowej, następnie w wątrobie, nerkach, śledzionie, sercu i mięśniach. Gotowanie nawet przez czas dłuższy nie niszczy tej substancyi, co mówi na korzyść nie zaczynowego charakteru. Kwasy, a zwłaszcza alkalia, osłabiają działanie antypepsyny. Antypepsyna nietylko nie tamuje działania trypsyny, lecz przeciwnie przyśpiesza; na ptyalinę, zaczyn włóknikowy (fibrinferment), emulzynę i chymozynę antypepsyna nie wywiera żadnego działania. Antypepsyna przeszkadza pepsynie w szybkości jej działania i w głębokości hidrolitycznego wpływu na białkany, więc w rozpuszczaniu białkanów i w tworzeniu peptonów. Komórki ustrojowe, stykając się z zaczynami, bronią się w sposób dwojaki: wytwarzaniem zamiast zaczynów profermentów, pozbawionych siły zaczynów, i wytwarzaniem osobnych substancyi, tamujących swoją obecnością działanie czynnych zaczynów; pierwszy sposób samoobrony spotykamy przeważnie w samych komórkach, drugi w jamach wewnętrznych, n. p. w żołądku, jelitach i t. d.: do ostatniego rzędu substancyi należy i antypepsyna.

Witold Orłowski (Ptbg.).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Znieczulenia zapomocą mieszaniny **paranefryny z kokainą** przy operacyach dentystycznych próbował Römer (*Deutsche zahnärztl. Wochs.*, VII, 30) naprzód na sobie, stwierdziwszy, że paranefryna jest mniej trującą od adrenaliny i suprareniny. Przy użyciu roczynów 1—2: 1000 z 1% kokainy nie odczuwał żadnych złych skutków po wstrzyknięciu 1 ctm.³; dopiero po tejże ilości roczynu 3: 1000 doznał lekkiego zawrotu głowy. Zastósował przeto ten środek przy najrozmaitszych zabiegach dentystycznych około 800 razy, dochodząc bez szkody do 3 ctm.³. Aby osiągnąć dobre znieczulenie, ważną jest odpowiednia technika wstrzykiwań; strzykawka musi być oczywiście doskonałą; igłę wbija R. w połowie odległości brzegu dziąsła od szczytu korzenia i wsuwa zwolna, wstrzykując, aż do wysokości szczytu korzenia. Przy zębach siecznych i dwuguzikowych górnych wystarcza wstrzyknąć po 0·5 od przodu i od tyłu; przy dolnych trzeba już nieraz wstrzyknąć dwa razy tyle; toż samo w 25% przypadków przy górnych trzonowych, a w 60% przy dolnych, przy których w 15% nie udało się R. wogóle uzyskać całkowitego znieczulenia. Przed zabiegiem trzeba po wstrzyknięciu odczekać 10, niekiedy i 15 minut. R. nawołuje do bardzo starannego opatrywania ran po zabiegach, wykonanych w znieczuleniu wyciągami nadnercza, czy to paranefryną, czy adrenaliną lub suprareniną, bo środki te, sprawiając kurcz naczyń, trwający do 2 godzin, upośledzają odżywienie tkanek, a wstrzymując krwawienie, ułatwiają też zadanie bakteryom. Dlatego R. przed wyrwaniem zęba wyciera jego okolicę dokładnie wyskokiem, po wyrwaniu przestrzykuje małe ranki jałowym roczynem fizyologicznym i zasypuje jodoformem, a duże tamponuje gazą jodoformową. *M.*

W gośćcu mięśniowym i stawowym **ostrym** podawał Noé (*Arch. gén. de méd.* 1904, Nr. 28) z wybornym skutkiem glykozal po 0·5—1·0 co 2 godziny przez 8—14 godzin. Zauważył szum w uszach i podniecenie, ale tylko po zbyt dużych dawkach (10 grm. w ciągu 10 godzin). *M.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1905 r.

Obecnych członków 40. Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prezes zawiadamia, że 2 marca b. r. odbyło się poświęcenie własnego domu Tow. lek. krakowskiego, w której to uroczystości Tow. lwow. wzięło liczny udział.

III. Na członka Towarzystwa przyjęto dra Singera.

IV. Kol. Świątkiewicz J. przedstawia chorego, okazującego na wardze górnej bliznę, a wśród niej półkoliste owrzodzenie dość płytkie, o brzegach niezbyt wyniosłych, lecz zbitych. Podobny obraz na szczycie nosa. Rozpoznanie: *epithelioma planum*; pomieszać można z *lues gummosa*.

V. Kol. Leszczyński przedstawia chorą, która miała rozległego tocznia na nosie. Obecnie po wyleczeniu wynik kosmetyczny jest taki, że niema najmniejszego ubytku i zoryentować się nie można, jaką sprawę przechodziła. Leczenie polegało na przykładaniu 2% nadmanganianu, a ma tę zaletę, że ziarniny zostają zużyte do pokrycia ubytków. Wyniki mogą spółubiegać się z wynikami po zastosowaniu metody Finsena.

VI. Kol. Reis przedstawia wypadek *conjunctivitis Parinaudi*, choroby rzadkiej, która jeszcze nie przeszła do podręczników. Cechą jej jest występowanie wyrośli na spojówce powiekowej z równoczesnym obrzękiem gruczołów szyjnych i przyusznych. Chora, dziewczyna 14-letnia, podaje, że naprzód nagle powstał obrzęk gruczołów, a potem zaczerwieniło się oko i wystąpiła wydzielina. Na spojówce powiekowej górnej narośla, dochodzące do trzech mm., wśród nich małe ziarna, podobne do jaglicowych. Na drugiem oku liczne mieszki na powiece dolnej, brodawki na górnej. Od jaglicy odróżnia się ta sprawa niezwykłą wielkością narośli, występowaniem po jednej stronie, brakiem zmian na spojówce powiekowej, skłonnością do gojenia się i obrazem mikroskopowym, który wykazuje naciek limfoidalny. Parinaud sądzi, że chorobę tę wywołuje zarazek, przenoszący się z bydła. W tym przypadku drobnoustrojów nie znaleziono.

Kol doc. Bednarski sprzeciwia się rozpoznaniu i uważa tę sprawę najprawdopodobniej za *conjunctivitis trachomatosa* z przerostem spojówki. I na drugiem oku są zmiany, odpowiadające jaglicy. Są przecież takie formy, które przebiegają łagodnie, same się leczą i nie dają powikłania na spojówce gałkowej. *Conjunct. Parinaudi* jest sprawą, która przebiega więcej zapalnie, nie dziw więc, że przychodzi tam do obrzęku gruczołów. Ta zaś sprawa przedstawia się jako zupełnie przewlekła, trudnoby więc do niej odnieść istniejące powiększenie gruczołów. Badanie anatomiczne nie rozstrzyga. Zresztą nie wyklucza możliwości *conjunct. Parinaudi*, sądzi tylko, że niema danych do rozpoznania jej napewno i dopiero przebieg kliniczny może rozpoznanie uzasadnić.

Kol. prof. Machek przyznaje, że każdy, kto taki przypadek widzi po raz pierwszy, może go rozpoznać jako jaglicę i sam takie obrazy uważał za jaglicę, dopóki Parinaud nie opisał ich, jako odmiennej choroby, a to na podstawie powyższych cech.

Kol. doc. Bednarski oświadcza, że cechy podane jako charakterystyczne nie trafiają mu do przekonania, bo spodziewa się, że jeszcze wystąpi powikłanie ze strony rogówki. Wreszcie nie widzi ostrego przebiegu, jaki jest w *conj. Parinaudi*.

Kol. Reis na uwagę, że brak ostrego przebiegu, dodaje, że początek jest nieznany, prawdopodobnie jednak taki przebieg był, bo chora podaje, że jej z ócz kapało. We wszystkich opisanych przypadkach z początku był ostry przebieg, później, po dwu miesiącach jak w tym przypadku, już nie było objawów zapalnych.

Kol. prof. Gluziński sądzi, że wywiady są tu bardzo ważne. W tym przypadku np. chora podaje, że jej naprzód obrzękły gruczoły, a potem zapadła na oko. Mogłoby więc z tego wynikać, że są to zwykłe *lymphomata colli* t. zw. *scrophulosa*, jak i cała chora ma wejrzenie skrofuliczne, a cierpienie oczne nie ma z tem związku. Wówczasby choroba należała właściwie do leczenia wewnętrznego.

Kol. Reis przypomina, że jest niewątpliwy związek między obома objawami i nawet Goldzieher wprowadza nazwę *lymphoma con-*

junctivae. W opisanych przypadkach podawano, że raz naprzód występował obrzęk gruczołów przed zajęciem spojówki, drugi raz po niem. Więc trudno jest tę chwilę uchwycić.

Kol. prof. Machek zgadza się z tem, że choroba ta może wymagać leczenia wewnętrznego, podobnie jak *conjunctivitis lymphatica*, tembardziej, że często ma skłonność do gojenia się samoistnego.

Kol. prof. Kadyi sądzi, że wywiady sprawy nie rozwikłają, gdyż proces na spojówce może już istnieć, ale nie zwraca uwagi otoczenia, dopiero wówczas, gdy wystąpi i w gruczołach. Analogicznie bywa, że czasem dopiero po obrzmieniu gruczołów pachwinowych wykrywa się gdzieś mały wrzód w sąsiedztwie.

VII. Kol. Progulski przedstawia dziecko półtoraroczne z *anaemia pseudoleukaemica infantilis* Jakscha. Dziecko ze zmianami krzywiczemi, o skórze woskowo-bladej, okazującej liczne wynaczynionki wielkości prosa. Wątroba na dwa palce niżej łuku, śledziona do talerza biodrowego, twarda. Krew: lepkość zmniejszona, mierna pojkilocytoza, znachodzą się makrocyty i mikrocyty; hgl. 40 (Fleischl); c. czerw. 2,300,000, c. biał. 29,000; wodnistość krwi wynosi 80·4, czyli suchej substancyi 13·6. Procentowo: wielojądrzastych 47·9, limfocytów 31·9, przejściowych 7.7, eozynochłonnych 4·3, myelocytów 8·2; c. czerw. jądrzastych w stosunku do białych 12·2%. Obraz kliniczny i hematologiczny odpowiada żądaniom, stawianym przez Jakscha; dziś jednak trudno uznać tę zmianę narządów krwiotwórczych za jednostkę chorobową, a miejsce jej w ramach między niedokrewnością i białaczką. Ciekawe światło rzucają doświadczenia Pawła Rekrecha, który wstrzykując pyrogalol starym psom, wywoływał u nich ciężką niedokrewność, u szczeniąt zaś objawy, identyczne z wyżej opisaną chorobą.

VIII. Doc. Biernacki mówi:

»O pojęciu niedokrewności z punktu widzenia klinicznego«. Określiwszy niedokrewność, jako zubożenie krwi w jeden lub kilka jej ważnych składników, prelegent zwrócił uwagę, że w niezmiernie licznych przypadkach bladości skóry i błon śluzowych, czyli w przypadkach, klinicznie rozpoznawanych i traktowanych jako *anaemia* (niedokrewność), przy ścisłem badaniu hematologicznem wcale nie znajduje się »zubożenia krwi« w jeden lub kilka ważnych składników, względnie nie wykazuje się rozwodnienia krwi (*hydraemia*), które prelegent uważa za podstawową i wstępną zmianę anemiczną krwi. Przeciwnie w wielu z tych przypadków, mianowicie u bladych neuropatów, spotkać można nawet wzmożenie liczby krążków czerwonych w 1 mlm. sz. do 6 i 7 milionów, zarazem niekiedy i lekkie zagęszczenie krwi. Bladość skóry i błon śluzowych w przypadkach powyższych nie zależy, jak dowodzi prelegent, od zmniejszenia ogólnej masy krwi, czyli od oligemii, która jest zjawiskiem rzadkiem w patologii ludzkiej, wskutek stałej dążności organizmu do wyrównania ogólnej ilości krwi, zależy zaś ona od wrodzonego czy przejściowego (wskutek wpływów naczynioruchowych) zwężenia naczyń obwodowych w skórze i błonach śluzowych, częścią zaś, może nawet przeważnie, od tej szczególnej jasności krwi żylnej, jaką spostrzegać można u neuropatów lub dyabetyków, mimo wzmożonej liczby ciałek czerwonych. Fakty powyższe mają ważne znaczenie praktyczne wobec okoliczności, iż mniej-więcej 60% wszystkich przypadków niedokrewności klinicznej nie wykazuje zmian we krwi, czyli są tylko niedokrewnością pozorną (*pseudoanaemia*): właśnie w tych przypadkach nie spostrzega się działania pożytecznego żelaza, które, przeciwnie, dla błednicy prawdziwej jest specyfikiem. Jako ostateczne wnioski swych spostrzeżeń prelegent stawia: 1) iż bladość skóry i błon śluzowych nie może dłużej być uważana za symbol i synonim niedokrewności; 2) o ile nie mamy przed sobą przypadku z kategoryi niedokrewności pierwotnej, jak błednica, niedokrewność zgubna, białaczka i t. p., lub też niedokrewności wtórnej wskutek nowotworów, zmian anatomicznych narządów miąższowych, zatruć (ołów), ostrych czy przewlekłych chorób zakaźnych, to z drobnymi wyjątkami przypadki pozostałe niedokrewności klinicznej są tylko niedokrewnością pozorną. Nie istnieją, innemi słowy, w rzeczywistości te różne »tła«, »podłoża« anemiczne, które jako rzekoma przyczyna najróżnorodniejszych zaburzeń, głównie nerwowych, odgrywają obecnie jeszcze ogromną rolę w działalności praktyczno-lekarskiej.

(Dyskusya odroczona do następnego posiedzenia). *Zawadzki.*

* * *

VII. Kronika zakładu medycyny sądowej Uniw. Jag. od roku 1895—1905.

Zestawił

Doc. Dr. Stefan Horoszkiewicz,
asystent zakładu.

(Dokończenie.)

Z chwilą przeniesienia zakładu medycyny sądowej do *Collegium medicum* pełnił od roku obowiązki asystenta Dr. Edward Piotrowski: na stanowisku tem pozostawał do jesieni 1896 roku, w którym to czasie, złożywszy poprzednio egzamin fizykacki, wstąpił do służby rządowej.

W miejsce jego mianowany został asystentem Dr. Włodzimierz Sieradzki, promowany na doktora wszech nauk lekarskich w r. 1894. Po uzyskaniu dyplomu oddaje się Dr. Sieradzki studyom przygotowawczym w zakresie anatomii patologicznej i chemii, pracuje wreszcie przez szereg miesięcy na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza pod kierunkiem śp. prof. Obalińskiego. W r. szkolnym 1895/6, otrzymawszy stypendyum z fundacyi śp. Kasparka, wyjeżdża do Paryża i tu poświęca się studyom nad obraną przez siebie specyalnością. Po powrocie stamtąd obejmuje w październiku 1896 r. obowiązki asystenta zakładu medycyny sądowej i pełni je do października 1898 r. W ciągu tego czasu ogłasza szereg prac i habilituje się w maju 1898 po przedłożeniu Wydziałowi lekarskiemu pracy p. t. „O t. zw. przemianie tłuszczowoskowej zwłok“. Powołany w październiku t. r. na zastępcę profesora medycyny sądowej w świeżo utworzonym wydziale lekarskim Uniw. lwowskiego, jest obecnie zwyczajnym profesorem tegoż przedmiotu i dyrektorem lwowskiego zakładu medycyny sądowej. Następcą jego na posadzie asystenta zakładu zostaje mianowany Dr. Stefan Horoszkiewicz.

W ciągu ostatnich 10 lat, obok stałych współpracowników zakładu, pracują tu przygodnie: Dr. Józef Zoll, Dr. Adolf Klęsk, Dr. Wincenty Witaliński, Doc. Dr. W. Łepkowski, Doc. Dr. J. Lemberger, Dr. Niezabitowski, Dr. Wrzosek i Dr. Rzegociński, nadto jako protokolanci zakładowi stud. med. A. Bąkowski, później aż do obecnej chwili stud. med. W. Podliński.

Ruch naukowy w zakładzie w czasie ostatniego dziesięciolecia był dość żywy. Współpracownicy stali i przygodni ogłosili 68 prac, z tych większość doświadczalnych. Z prac tych na pierwszem miejscu pomieścić należy: „Podręcznik medycyny sądowej“ Prof. Dr. Wachholza, wydany staraniem Tow. wydaw. dzieł lek. polskich im. R. D. Prof. Dr. Korczyńskiego, Kraków 1899. Pojawienie się podręcznika tego wiąże się ściśle z rozwojem zakładu sądowo-lekarskiego, ile że materyał zakładowy wpłynął nietylko na część formalną podręcznika, ale dozwolił również na pomieszczenie w nim szeregu rycin, wykonanych ze zbiorów zakładu, a wyjaśniających treść odnośną dzieła.

Z liczby 68 prac, ogłoszonych w języku polskim (w „Przeglądzie lekarskim“, w „Rozprawach Akad. Um.“, w „Pamiętniku jubileusz. R. d. Prof. Dr. Korczyńskiego“, „Przeglądzie prawa i administracyi“ i „Krytyce lekars.“); w niemieckim (w „Vierteljschr. f. g. M.“, „Friedriech's Blätter f. g. M.“, „Zeitschr. f. Med. B.“, „Münch. med. Wochenschrift“, „Ärztliche Sachverständigen-Ztg.“ i „Ärztliche

Central-Ztg."), oraz francuskim („Arch. d'anthr. crim."), przypada na dyrektora zakładu i stałych współpracowników prac 58, na współpracowników przygodnych 10.

Badania nad otruciem tlenkiem węgla, dokonane w zakładzie, wzbogaciły literaturę sądowo-lekarską kilku zupełnie nowymi, a tak ze stanowiska teoretycznego, jak i praktycznego ważnymi faktami. Wykazały one przedewszystkiem, iż tlenek węgla nie tworzy połączeń ze wszystkimi pochodnymi barwika krwi, a szczegół ten znalazł zastosowanie w modyfikacyi, najlepszej z prób chemicznych na tlenek węgla, t. j. w próbie taninowej, która też w tej zmodyfikowanej w zakładzie krakowskim formie w kołach zawodowych została ogólnie przyjętą. Dalsze badania zakładowe dowiodły, iż tlenek węgla jest w stanie przeniknąć nienaruszone powłoki skórne zwłok i zmieniać barwik krwi w nich zawartej na hemoglobinę tlenkowęglową, tem samem dowiodły, iż wykazanie we krwi zwłok obecności tlenku węgla, jak z jednej strony dowodzi stanowczo, iż spoczywały one w atmosferze tego gazu, tak z drugiej strony niezawsze musi stanowić cechę rozpoznawczą śmierci z otrucia tym gazem. Badania te ostatnie zostały w całej osnowie potwierdzone przez Doc. Mirto, Dr. de Dominicis, Prof. Strassmanna, oraz Dr. Schulza.

Sporne zapatrywania na mechanizm śmierci z utonięcia znalazły ostateczne rozstrzygnięcie w pracy, jaka w ostatnim roku wyszła z zakładu sądowo-lekarskiego. Liczne a dokładne doświadczenia stwierdziły dowodnie, iż płyn topielny wnika w największej ilości w drogi oddechowe tonącego w III-cim okresie tonięcia; wyjaśniły przyczyny i sposób powstawania najważniejszych zmian anatomicznych, w końcu poddały dokładnej kontroli najświeższe sposoby wykazywania rozcieńczenia krwi, jakiemu ona wśród tonięcia ulega. Wspomniana już poprzód praca nad tłuszczowoskiem jest pierwszą, która obok jego genezy, podaje dokładny jego skład chemiczny, wyjaśnia tem samem właściwą jego istotę. Próba Teichmanna na kryształki heminy zyskała dzięki badaniom, dokonanym w tutejszym zakładzie, jeszcze silniejsze prawo obywatelstwa w medycynie sądowej, niż to poprzód miało miejsce, skoro badania te wykazały, iż nietylko może ona wypaść dodatnio przy użyciu wszystkich kwasów nieorganicznych, lecz także przy użyciu większości kwasów organicznych, nawet bardzo słabych, oraz, co ważniejsze, iż na wynik dodatni próby nie wpływają ujemnie te wszystkie czynniki, które po czas badań, o jakich mowa, uważane były za uniemożliwiające dodatni wynik tej próby. Badania nad zębami pod względem sądowo-lekarskim, stwierdzenie zmian, jakim ulegają zęby naturalne i sztuczne pod wpływem działania wysokiej ciepłoty i gnicia, stworzyły pierwszą tego rodzaju polską monografię, a zarazem przyczyniły się do rozszerzenia ram nauki o stwierdzaniu tożsamości. Z ważniejszych prac doświadczalnych podnieść w końcu należy badania nad fauną zwłok, które po pierwsze wykazały pewną kolejność w pojawianiu się owadów, niszczących zwłoki, niezgodne z prawdą oznaczenie pewnych gatunków przez francuskiego entomologa Megnina, wreszcie zwróciły uwagę na liczne szczegóły, mogące być pomocnymi przy określaniu na mocy fauny zwłok czasu, jaki upłynął od chwili śmierci danego osobnika, oraz miejsca, w którem zwłoki spoczywały. Obok tych prac oryginalnych, podjęto w zakładzie szereg doświadczalnych, do których skłoniły współczesne badania innych autorów; do nich należą badania nad probą Roncoronie'go, Florenc'ea, Placzka i t. p.

Zakład sądowo-lekarski zwiedził w ostatnich 10 latach szereg lekarzy rodaków, nadto kilku zagranicznych zawodowców, jak Prof. Strassmann z Berlina, Prof. Haberda z Wiednia, Prof. Pontoppidan z Kopenhagi, wreszcie fizyk sądowy Szigeti z Węgier.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 marca.

* Epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, o wybuchu której w Niemczech w swoim czasie donieśliśmy, szerzy się z Górnego Szlązka ku Wschodowi, nawiedziła Szlązk austryacki, zachodnie powiaty Galicyi, dotarła do Krakowa i poza Kraków aż po San. Według urzędowych sprawozdań do dnia 18 marca zachorowało na tę chorobę osób 169, umarło zaś 56. Krajowa Rada zdrowia poświęciła jedno całe posiedzenie zapaleniu nagminnemu opon mózgowo-rdzeniowych i uchwaliła przedstawić Namiestnictwu konieczność wydelegowania specyalnej Komisyi, w celu dalszego badania tej epidemii pod względem bakteryologicznym, a w szczególności warunków jej rozwoju. Do Komisyi tej proponuje Rada Zdrowia docentów: Kučerę (Lwów) i Drobę (Kraków); prócz tego uchwaliła Rada Zdrowia odnieść się do kierowników szkół w powiatach, nawiedzonych chorobą, ażeby w granicach możności usiłowali zapobiegać wstrząśnieniom i urazom cielesnym, łatwo wywołującym wybuch zapalenia opon.

Ile osób zapadło w Krakowie na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych — nie wiemy: na razie jednak nic nie upoważnia do orzeczenia, że w Krakowie grasuje epidemia tej choroby.

* W 25-tą rocznicę założenia Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża w Austryi cesarz polecił wyrazić swoje uznanie Radcy Dworu Dr. Józefowi Merunowiczowi za zasługi, położone w tem „Stowarzyszeniu".

* „Russkij Wracz", w Nr. 8 donosi: W *Bulletin officiel*, organie XV-go międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Lizbonie, znajdujemy pod nagłówkiem „Pologne" wymienienie polskich członków narodowego Komitetu tego Zjazdu. Z naszej strony, powiada „Roski Wracz", serdecznie witamy to przyznanie praw słowiańskiemu pokrewnemu narodowi, który nie bacząc na zmienność przeznaczeń politycznych ze czcią i powodzeniem pracuje na arenie pokojowej. Życzyć tylko należy, by w przyszłym Zjeździe członkowie rodziny słowiańskiej trzymali się wzajemnie, pamiętając, że dla tego zbliżenia nastała pora ważna z chwilą, w której jutrzenka swobody zabłysła nad horyzontem starszego członka w rodzinie słowiańskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Tadeusz Koźniewski.

* Z powodu zamierzonego przyznania technikom dentystycznym prawa do wykonywania niektórych operacyi, które dotychczas należały do zakresu działania lekarzy dyplomowanych, odbył się w Wiedniu wiec lekarzy, który zaprotestował przeciw temu zarządzeniu władzy w imię dobra chorych, oraz w imię interesu stanu lekarskiego w Austryi.

* „St. Petersburg. medic. Wochenschrift" w Nr. 9 donosi, że głośny chirurg, prof. Dr. Zoege v. Manteuffel, dostał się do niewoli japońskiej wraz z całym oddziałem, cofającym się z pod Mukdenu.

* Znany z krewkiego temperamentu i niezaszczytnego procesu b. profesor warszawskiego uniwersytetu, Dr. Zieniec, otrzymał na własną prośbę posadę lekarza sanitarnego we wsi Samarskoje w Ziemi Dońskiej.

* Między 5 a 12 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w 5 gminach powiatu dąbrowskiego, oraz stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: brzeżańskim, buczackim, czortkowskim (po 1 gm.), drohobyckim (3 gm.), husiatyńskim, jaworowskim (po 1 gm.), kołomyjskim (3 gm.), lwowskim (1 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (2 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dyrektorem oftalmologicznej kliniki w Brukseli mian. został Dr. Gallemaerts. Profesorem farmakologii w Londynie mian. Dr. Cushny. Dr. Oskar de la Camp otrzymał

tytuł profesorski w Berlinie. Dr. Karol Fritsch mian. profesorem botaniki w Gracu. W uniwersytecie charkowskim mianowani zostali: Dr. Penski (chirurgia) i Dr. Bielousow (porównawcza anatomia).

Nekrologia. W Paryżu zmarł psychiatra Paweł Garnier.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr. 11. Rybicki: Przyczynek do kazuistyki drgawek porodowych z uwagami, dotyczącemi tego przedmiotu (dok.). Neugebauer: Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. N. Cybulski: Materya promienista jako środek leczniczy.

— *Kronika lekarska* Z. 6. Sędziak: O postępach w laryngologii i rynologii (c. d.). Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 1 i 2. Szuman: O guzowatych twardych naciekach zapalnych, występujących wskutek próchnicy zębów mądrości lub wskutek schorzeń dziąsła. Ruczka: Ambulatoryum dentystyczne U. J. w Krakowie.

— *Lékařské rozhledy* Z. 3. Pachner: Připad makroglossie. Žižka: Vitální theorie — zubní kaz — kuchyňská sůl.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalní a diaetetické therapii* Nr. 3. Velich: Studie o wlivu soustavy nervové na tep. Kopfstein: Tři případy hemiplegie (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 12. Hřivna: O plicních komplikacích zánětlivých při tyfu abdominalním. Starý: Tetanie v průběhu žaludečni choroby a břišního tyfu (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 21. Fuster: Higiena społeczna: Walka przeciw tęgoryjcowi w Niemczech. Seigneux: Adrenalina w ginekologii i położnictwie.

— Nr. 22. Jacquet i Rondeau: Mazidło płodowe. Dziedziczny łojotok i trądzik płodowy. Terrien: Zanik nerwu wzrokowego u cierpiących na wiąd.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Hansemann: Co wiemy o przyczynie złośliwych nowotworów? Buschke: O czynności gruczołów łojowych i ich stosunku do przemiany materyi tłuszczowej. Vogt: Wpływ alkoholu na zmiany w oddziaływaniu źrenicy. Flügel: Rzeżączka odbytnicy przy zapaleniu sromu i pochwy u dzieci. Orth: Morfologia raka a teorya pasorzytnicza (dok.) Karewski: Wzajemna zależność między cukrzycą a zabiegami chirurgicznymi (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12. Chrobak: O użyciu środków żrących. Polland: Przypadek pęcherzycy po jodzie z zajęciem błony śluzowej żołądka. Zirm: Dzisiejsza wiedza o odżywianiu się soczewki i o zaburzeniach tego odżywiania się. Pollak: Niektóre nowe środki w leczeniu suchot płucnych. Pick: Ospa i ospica. Okuniewski: Przetoka moczownika *(urachus)*, wewnętrzne uwięźnięcie, laparotomia wyzdrowienie.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 12. Lenhartz: Leczenie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Wesener: Wyniki zapobiegawczego szczepienia surowicy przeciwbłoniczej w miejskim szpitalu w Akwisgranie. Arneth: Badania krwi w gruźlicy płuc i u leczonych tuberkuliną. Schmaus: O ogniskowym zaniku miąższu mózgowego, t. zw. „Lichtungsbezirke" w ośrodkowym układzie nerwowym. Fraenkel: O paciorkowcu chorobotwórczym dla człowieka. Zimmermann: Wodo- i elektrotechniczne leczenie zaburzeń czynności serca. Reizenstein: O rozszerzaniu bliznowatego zwężenia przełyku zapomocą ezofagoskopu. Hormann: Rzekoma puchlina brzuszna przy guzach jajników i jej znaczenie kliniczne. Habs: Kolano w tył przegięte. Dreydorff: Guz brodawki sutkowej. Salzer: Odra bez osutki.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 12. Kolle: O stanie kwestyi szczepienia ochronnego przeciw durowi na podstawie najnowszych badań. Knauth: Spostrzeżenia i doświadczenia z surowicą pneumokokową Roemera w dławcowem zapaleniu płuc. Langstein: Przyczynek do nauki o cukrzycy w wieku dziecięcym. Mendelsohn: Doświadczenia nad leczeniem płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową. Engelken: Nowy przyczynek do kwestyi znieczulania w ściśnionem powietrzu. Baisch: Za i przeciw sztucznemu poronieniu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 12 (od dnia 19/III do 25/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 38, dziew. 28; nieżywo: chł. 5, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 25, kob. 23; zamiejscowych: męż. 19, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 4, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 11. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 5, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 4. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 1. **Razem:** miejscowych 48, obcych 31.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 5 kwietnia, o godzinie 6 wieczorem posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym: 1) Sprawy administracyjne domu (bez względu na komplet). 2) Kol. prof. Rosner okaże preparat i omówi przypadek podwójnej ciąży zamacicznej. 3) Kol. doc. Majewski mówić będzie: „O niektórych nowszych sposobach oznaczania refrakcyi" (z demonstracyą przyrządów).

W sobotę, d. 8 kwietnia, o g. 8 wiecz. odbędzie się wspólna kolacya członków Tow. Zgłoszenia przyjmuje kursor.